

**Τ.Ε.Ι
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

AIDS

**AIDS : Φυσική πορεία
&
εξέλιξη**

**Εισηγητής
Μιχαλοπούλου Σ. Α.
Καθηγήτρια Εφαρμογών**

**Επιμέλεια
Ζαγκούλη Χ.
Φοιτήτρια**

Στην οικογένεια μου!

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΕΛΙΔΕΣ

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5-6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

1.1 Πορεία και εξέλιξη της επιδημίας παγκοσμίως.....	8-9
1.2 Χρονολογικά στοιχεία για την εξέλιξη της επιδημίας.....	9-11
1.3 Επιδημιολογικά δεδομένα.....	11
1.3.1 Νεοδηλωθέντα HIV οροθετικά άτομα	11
1.3.2 HIV οροθετικά άτομα.....	11-12
1.3.3 Κατηγορία μετάδοσης.....	12
1.3.4 Νέες περιπτώσεις AIDS.....	12
1.3.5 Συνολικός αριθμός περιπτώσεων AIDS.....	13
1.3.6 Κατηγορίες μετάδοσης AIDS.....	13
1.3.7 Ηλικιακές ομάδες.....	13
1.3.8 Ενδεικτικές νόσοι.....	14
1.3.9 Θάνατοι σε άτομα με AIDS.....	14
1.3.10 Ευρωπαϊκά δεδομένα.....	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ HIV

ΓΕΝΙΚΑ.....	17
2.1 Περιγραφή του HIV.....	17-18
2.2 Προέλευση των ιών του HIV.....	18
2.3 Κύκλος ζωής του HIV.....	18-19
2.4 Πορεία της λοίμωξης HIV.....	19-20
2.5 Νόσος HIV/AIDS.....	20-21
2.6 Μετάδοση της λοίμωξης HIV.....	21-22
2.7 Διάγνωση της λοίμωξης HIV	22-23
2.8 Κλινικές εκδηλώσεις.....	23-26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

3.1	Κύριες προσεγγίσεις.....	28
3.2	Εκπαίδευση.....	28-29
3.3	Επαγρύπνηση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.....	29
3.4	Μαζική παρέμβαση.....	29-30
3.5	Μορφές πρόληψης (πρόληψη της μετάδοσης με μολυσμένο αίμα και παράγωγα του πλάσματος).....	30
3.5.1	Πρόληψη περιγεννητικής μετάδοσης.....	30
3.5.2	Πρόληψη με προσυμπτωματικό έλεγχο.....	30-31
3.5.3	Πρόληψη στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών.....	31-32
3.5.4	Πρόληψη σε περιπτώσεις κρούσματος.....	32
3.5.5	Προφυλάξεις ατόμων που πάσχουν απο λοίμωξη ή και νόσο HIV.....	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : AIDS ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ

4.1	Η εξέλιξη της φαρμακευτικής θεραπείας.....	35-36
4.2	Η καθημερινότητα του ασθενούς και οι προβληματισμοί του.....	36-50
4.3	Δράση και αντίδραση της παγκόσμιας κοινότητας γύρω απο την Φαρμακευτική αντιμετώπιση της λοίμωξης HIV.....	52
4.3.1	Νέο φάρμακο κατα του AIDS.....	52
4.3.2	Συμφωνία ΚΛΙΝΤΟΝ για φθηνά φάρμακα κατα του AIDS.....	52-53
4.3.3	Νέο φάρμακο για το AIDS (10/7/2007).....	53
4.4	Θεραπευτική αγωγή.....	53
4.4.1	Λοιμώξεις που σχετίζονται με το AIDS.....	53-54
4.4.2	Κακοήθειες.....	54-55
4.4.3	Αντι-ιικά μέσα.....	55
4.4.4	Ανοσοτροποποιητές.....	56
4.4.5	Εμβόλιο κατά του HIV.....	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : AIDS ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

5.1	Έλεγχος λοίμωξης.....	58-59
5.2	Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.....	60
5.3	Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με AIDS-Νοσηλευτική Παρέμβαση.....	61-65
5.4	Ασθενείς με AIDS και νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι.....	66
5.4.1	Ο θεσμός της κατ' οίκον νοσηλείας.....	66-67
5.4.2	Νοσηλεία ασθενών με AIDS και επαγγελματίες υγείας.....	67
5.4.3	Νοσηλευτική φροντίδα φορέων HIV και ασθενών με AIDS στο σπίτι.....	68-69
5.5	Συμβουλευτική και χρήση συμβουλευτικών δεξιοτήτων απο τους Νοσηλευτές.....	69-70
5.5.1	Η συμβουλευτική στην άσκηση του νοσηλευτικού έργου.....	70-71
5.5.2	Συμβουλευτικές δεξιότητες – τεχνικές.....	71-73

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	74
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	75
SUMMARY.....	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	77-80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	81-82

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Είναι παλιός , πολύ παλιός ο μύθος του Μινώταυρου !

Η Αθήνα της εποχής – λέει ο μύθος – βυθιζόταν στο πένθος , καθώς νέοι και νέες , η ελπίδα της πόλης , στέλνονταν φόρος αιματηρός στο ακόρεστο θηρίο...

Και ενώ ο μύθος φάνταζε εμπρός μας σαν μια γλαφυρή ανάμνηση του παραμυθένιου κόσμου των παιδικών μας χρόνων και είχε ίσως απο τους πολλούς κίολας ξεχαστεί , ήρθε η σύγχρονη εποχή μας να τον ξανακάνει πραγματικότητα.

Προτού ο αιώνας μας γείρει προς τη δύση του , σταμάτησε την πορεία του με τρόπο μπροστά σε μια λέξη με τέσσερα μόλις γράμματα : **AIDS !**

(Γιαννοπούλου Α. , 2001)



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Το AIDS είναι μια νόσος φοβερή , μα πιο φοβερή είναι η άγνοια και η προκατάληψη που τη συνοδεύει».

Ο HIV (Human Immunodeficiency Virus) αποτελεί τυπικό μέλος της υποοικογένειας των βραδέων ιών , της οικογένειας των ρετροϊών.Τη δεκαετία του 1980 ανακαλύφθηκε ο πρώτος ιός από μια ομάδα ρετροϊών , ο HTLV – I , ο οποίος συνδέθηκε αιτιολογικά με λευχαιμία από T-κύτταρα ενώ στη συνέχεια ακολούθησε η απομόνωσή του HTLV - II και του HTLV – III με τον τελευταίο να μετονομάζεται και να ταυτίζεται με τον HIV – 1 (Σαρόγλου Γ. , Λιονή Α. & συν. , 1999).

Η συνεχής επιστημονική έρευνα οδήγησε το 1983 στην ταυτοποίηση του HIV ο οποίος αποτελεί τον αιτιολογικό παράγοντα του συνδρόμου.Το 1985 ο οργανισμός FDA (Food & Drug Administration) στις Η.Π.Α. εγκρίνει την πρώτη δοκιμασία ελέγχου αντισωμάτων για τον HIV (ELISA) ενώ το 1987 λαμβάνει έγκριση απο τον ίδιο οργανισμό το πρώτο αντιρετροϊκό φάρμακο (Zidovudine – AZT με την εμπορική σημασία Retrovir) και η πρώτη επιβεβαιωτική δοκιμασία ελέγχου (U.S. FDA , 1990).

Παράλληλα συνεχίστηκε η έρευνα σχετικά με την προέλευση του HIV.Το 1986 αναφέρεται θετική ορολογική δοκιμασία ελέγχου σε δείγμα που ελήφθη το 1959 , η οποία επιβεβαιώθηκε απο δοκιμασία με ανίχνευση του ιικού γονιδιώματος το 1998.Το δείγμα αυτό ελήφθη στο Βελγικό Κογκό και αποτελεί το παλαιότερο θετικό δείγμα για τον HIV.Η έρευνα θεωρεί το γένος των πιθήκων Pan troglodytes ως την πλέον πιθανή πηγή του HIV – 1 λαμβάνοντας υπόψη την φυλογενετική σχέση με τον ιό SIV crz που έχει απομονωθεί στο συγκεκριμένο γένος και εκτιμάται το 1931 ως η χρονολογία εμφάνισης του τελευταίου κοινού προγόνου της κύριας ομάδας του HIV – 1 με κατάλληλες συνθήκες και επαρκές γενετικό δυναμικό για επιδημική έκρηξη.(95% διάστημα εμπιστοσύνης η χρονική περίοδος 1915 – 1941)(Korber B.,Muldoon M. , Theiler J.et al ,2000).

Συνεπώς υπάρχει μια περίοδος κατα την οποία ο ιος μεταδίδεται και πολλαπλασιάζεται στο ανθρωπino είδος χωρίς να έχει ανιχνευτεί απο την επιστημονική κοινότητα γεγονός το οποίο μπορεί να ερμηνευτεί από το μεγάλο χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της μόλυνσης και της εμφάνισης του AIDS αλλά και της ποικιλομορφίας τν σημείων και συμπτωμάτων του συνδρόμου (Yusim K. , Peeters M. , Pybus O. et al , 2001) .

Η επιδημική έκρηξη του AIDS μπορεί να αποδοθεί στη μαζική μετανάστευση στα αστικά κέντρα , στη μεταποικιακή Αφρική αλλά και στη ταχύτητα που χαρακτηρίζει τις μεταφορές παγκοσμίως (Volberding PA. , Baker KR. , Levine AM. ,2003) .

Η λοίμωξη και η νόσος AIDS αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας.Η Ιατρική κοινότητα βρέθηκε μπροστά σε μια σύνθετη ασθένεια της οποίας οι παράμετροι εξελίσσονται σταθερά και της οποίας οι συνέπειες για το άτομο , την οικογένεια και την κοινότητα γίνονται ολοένα και πιο απαιτητικές.

Η λοίμωξη και νόσος HIV έχει γίνει αιτία να είναι πλέον αδύνατο στο πλαίσιο της θεώρησης της υγείας και της ασθένειας να εξετασθούν ξεχωριστά οι σωματικές απο τις ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις των εννοιών αυτών (NIAID,2005) .

Το AIDS είναι το νόσημα που ανέδειξε με το πιο χαρακτηριστικό τρόπο τα προβλήματα και τη σεξουαλική καταπίεση των γυναικών. Οι άνδρες κάνουν την διαφορά γιατί με τη συμπεριφορά τους , τον τρόπο ζωής τους , τη διατήρηση των εθίμων , καταπιέζουν τις γυναίκες , τις εξαναγκάζουν σε μη ασφαλές sex , μεταδίδουν την νόσο.

Είναι το νόσημα που ξεσήκωσε θύελλες , απαίτησε την χορήγηση κονδυλίων , μπήκε στην προεκλογική εκστρατεία , καθόρισε πολιτικά προγράμματα (Λαζανάς Μ. , 2002).Είναι το νόσημα που φιλοδόξησε να αλλάξει τις σεξουαλικές πρακτικές , να λύσει τη σιωπή γύρω απο τη σεξουαλικότητα , να αφαιρέσει ενοχές , να βάλει το προφυλακτικό στη ζωή μας. Είναι το νόσημα που έφερε πιο κοντά το νοσηλευτικό προσωπικό και γιατρούς με τους ασθενείς. Ιδιαίτερα τα πρώτα χρόνια έπρεπε να αρνηθείς το φόβο , να πείσεις τον εαυτό σου για να πείσεις τους άλλους , να γίνεις πιο ανθρώπινος (Λαζανάς Μ. , 2002).

Είκοσι έξι χρόνια πέρασαν απο τότε που μπήκε στη ζωή μας το AIDS ...Στο διάστημα αυτό χιλιάδες ήταν τα θύματα του ιού , ενώ ταυτόχρονα έγιναν αλματώδη βήματα για την αντιμετώπιση της λοίμωξης. Σημειώθηκαν όμως και πολλές κοινωνικές αλλαγές , ο κόσμος άρχισε να αντιμετωπίζει με άλλο μάτι παραδόσεις και συνήθειες , αλλά και τους ίδιους τους ασθενείς , οι οποίοι έπαψαν πια να είναι απόβλητοι...



www.skai.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1

*Ιστορική Εξέλιξη & Επιδημιολογικά
Δεδομένα*



1.1 Πορεία και Εξέλιξη της Επιδημίας Παγκοσμίως

Δεν είναι γνωστό πότε ακριβώς εμφανίστηκε το AIDS. Μερικοί επιστήμονες πιστεύουν ότι εμφανίστηκε κάποια στιγμή ανάμεσα στο 1926 και στο 1946, ενώ υπάρχουν και εκείνοι που πιστεύουν ότι είχε μεταπηδήσει από τους χιμπατζήδες στους ανθρώπους ήδη από το 1675 (Garret, 2000). Οι επιστήμονες υποψιάζονταν ότι ο ιός HIV είχε κάποια σχέση με τα θηλαστικά της Αφρικής πολύ πριν αποδειχθεί η σχέση του με τους χιμπατζήδες. Η Beatrice Hahn του University of Alabama at Birmingham, η οποία εστιάζει τις έρευνες της στον HIV 1, ανακοίνωσε κατά την διάρκεια του 6^{ου} Συνεδρίου για τους Ρετροϊούς και τις Ευκαιριακές Λοιμώξεις στο Σικάγο την προέλευση του ιού από τους χιμπατζήδες (Bell, 1999). Ο Marx Tulane, University Medical Center in N. Orleans, βοήθησε στον εντοπισμό της προέλευσης του HIV 2 σε ένα άλλο θηλαστικό, τον πίθηκο sooty mangabey (Bell, 1999).

Η λοίμωξη HIV άρχισε να παίρνει την μορφή επιδημίας στην Κεντρική Αφρική στις αρχές της δεκαετίας του '70. Το AIDS εξαπλώθηκε ραγδαία στο Ζαίρ, την Ουγκάντα και άλλα κράτη της Κεντρικής Αφρικής. Από την Αφρική, η ασθένεια φαίνεται ότι εξαπλώθηκε αργά στην Ευρώπη και στην Αϊτή και στις Η.Π.Α. (Taylor, 1995).

Ακόμα δεν έχει δοθεί πλήρης εξήγηση στο φαινόμενο της έντονης εξάπλωσης της επιδημίας στην εποχή μας. Οι εκδοχές που υπάρχουν είναι κυρίως τρεις (Ινστιτούτο Παστερ, 1998):

α. Η εκδοχή της μετάλλαξης που είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της παθογόνου δράσης του ιού, είναι μάλλον απίθανη.

β. Η εκδοχή της παρασκευής του ιού από τον άνθρωπο αποκλείεται, καθώς η τεχνολογία που θα απαιτούσε ένα τέτοιο εγχείρημα δεν είχε ακόμα ανακαλυφθεί.

γ. Η πιθανότερη εκδοχή είναι ότι οι HIV υπήρχαν στην φύση από πολύ παλιά και μόνο η ευρεία διασπορά τους είναι καινούρια.

Όταν η Αμερικανική Κυβέρνηση με σύντομη δημόσια ανακοίνωση ανέφερε μια παράξενη ασθένεια η οποία παρατηρήθηκε σε ομοφυλόφιλους άνδρες στο Los Angeles, στις 5 Ιουνίου 1981, λίγοι άνθρωποι αντελήφθησαν το γεγονός

(Balasegaram, 2001). Τα πρώτα θύματα της νόσου (εννοούμε εδώ, τα πρώτα θύματα από την στιγμή που έγινε αντιληπτή η νόσος στην Αμερική και στην Ευρώπη) ήταν νεαροί ομοφυλόφιλοι. Έτσι οι επιστήμονες ονόμασαν αρχικά την ασθένεια Gay Syndrome ή νόσο των ομοφυλοφίλων. Σε κάποιες περιπτώσεις απάντησε και ως Gay Cancer (Καρκίνος των Ομοφυλοφίλων) και ως Gay Plague (Πανώλη των Ομοφυλοφίλων). Λίγο αργότερα άρχισε να επικρατεί η ονομασία GRID (Gay Related Immune Deficiency / Ανοσολογική Ανεπάρκεια των Ομοφυλοφίλων)

(Δαρδαβέσης, 1999). Οι επιδημιολογικές μελέτες που ακολούθησαν και τα συμπεράσματα στα οποία οδήγησαν τους επιστήμονες κατάστησαν τους παραπάνω όρους άχρηστους. Έτσι χρησιμοποιήθηκε, ως πιο ικανοποιητικός, ο όρος AIDS.

Το γεγονός ότι οι πρώτοι ασθενείς του AIDS στην Αμερική και στην Ευρώπη ήταν άνδρες ομοφυλόφιλοι ή τοξικομανείς, οδήγησε στη δημιουργία της εντύπωσης ότι η νόσος συνδέεται με συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες (συνήθως περιθωριακές).

Καθώς όμως αποδείχτηκε ότι η νόσος μεταδίδεται και με την ετεροφυλοφιλική ερωτική επαφή, αποδείχτηκε ταυτόχρονα και το γεγονός ότι το AIDS δεν συνδέεται μόνο με την σεξουαλική συμπεριφορά.

Η εξάπλωση της νόσου σε παγκόσμια κλίμακα οπωσδήποτε ευνοήθηκε από τις ομοφυλοφιλικές ερωτικές πρακτικές και από τις πρακτικές των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών.

Ωστόσο, είναι αναμφισβήτητο ότι οι παραπάνω πρακτικές δεν είναι οι κύριοι παράγοντες εξάπλωσης της νόσου. Το θέμα είναι ευρύτερο και σχετίζεται και με άλλους παράγοντες όπως είναι:

α. Η αστικοποίηση που σημειώθηκε στην Αφρική και στις αναπτυσσόμενες χώρες και η αυξανόμενη ανέχεια , φαινόμενα που ευνόησαν την διάσπαση του παραδοσιακού κοινωνικού κυττάρου και οδήγησαν ορισμένες ομάδες σε εντονότερο σεξουαλικό συγχρωτισμό (Ινστιτούτο Παστερ , 1998).

β. Η εναλλαγή πολλών ερωτικών συντρόφων σε συνδυασμό με την απουσία χρήσης προφυλαχτικού , την υψηλή συχνότητα της γονόρροιας καθώς και τη γενικότερη άγνοια του πληθυσμού σε θέματα υγείας (Taylor , 1995).

γ. Η ανάπτυξη που σημειώθηκε στον τομέα των μέσων μεταφοράς και του τουρισμού. Η θεαματική αύξηση των ταξιδιών «διεθνοποίησε» τα μικρόβια (Ινστιτούτο Παστερ , 1998).

δ. Ο μαζικός εμβολιασμός στην Αφρική που γινόταν όχι μόνο χωρίς να τηρούνται οι κανόνες υγιεινής , αλλά και με χρήση της ίδιας σύριγγας σε πλήθος ανθρώπων , πρακτική που ευνοεί την ανταλλαγή υγρών και κατα συνέπεια και την μετάδοση του ιού (Taylor , 1995).

ε. Η σεξουαλική απελευθέρωση και γενικότερα η δημιουργία και η μεταβολή των κοινωνικών δεσμών.

στ. Οι μορφές Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Κοινωνικού Αποκλεισμού.

ζ. Η Κοινωνική Διαφοροποίηση.

η. Η γενίκευση των μεταγίσεων αίματος και η διανομή παραγώγων αυτού ανα τον κόσμο. Η χρήση κοινών βελόνων και συριγγών από χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών (Taylor , 1995)

θ. Οι κορυφαίοι παράγοντες οι οποίοι αποτελούν το αίτιο την υπάρξης των περισσότερων παραγόντων που συνδέονται με την εξάπλωση της επιδημίας , είναι η ένδεια και η κοινωνική ανισότητα .

ι. Δε θα πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητα να ενίσχυσε την παθογόνο δράση του HIV κάποιος άλλος μολυσματικός παράγοντας που συνδέεται με αυτόν (Ινστιτούτο Παστερ , 1998).

Φαίνεται πως η επιστημονική πρόοδος δεν είναι αρκετή για την αναχαίτιση της επιδημίας. Η μορφή και η κλίμακα της επιδημίας εξαρτώνται από την κοινωνική ανισότητα και καθοδηγούνται από τις πολιτικές υποθέσεις και πρακτικές. Η ένδεια , η μεγάλη κλίμακας μετανάστευση , ο πόλεμος , το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες που δεν λαμβάνουν θεραπεία ευνοούν την επιδημία. Οι κυβερνήσεις έχουν δείξει απροθυμία να καταπολεμήσουν συγκεκριμένα κοινωνικά προβλήματα που βρίσκονται πίσω από το μεγαλύτερο μέρος των νέων κρουσμάτων σε πολλές χώρες , όπως η Ρωσία , το Βιετνάμ και η Μαλαισία. Στις περισσότερες Ασιατικές Χώρες η επιδημία ξεκίνησε μεταξύ των χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών (Balasegaram , 2001).

1.2 Χρονολογικά στοιχεία για την εξέλιξη της επιδημίας

1926 – 1946 Μερικοί επιστήμονες πιστεύουν ότι ο HIV μεταδόθηκε στους ανθρώπους από τους πιθήκους στο διάστημα 1926 – 1946. Οι πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν ότι ο HIV είχε πιθανότητα μεταπηδήσει από τους χιμπατζήδες στους ανθρώπους ήδη το 1675. Όμως , μέχρι το 1930 δεν είχε αποκτήσει πανδημικό χαρακτήρα στην Αφρική , (Garrett , 2000).

1959 Σημειώθηκε ο πρώτος αποδεδειγμένος από τους ερευνητές θάνατος από AIDS. Πρόκειται για το θάνατο ενός άνδρα στη χώρα που σήμερα ονομάζεται Κονγκό (Zhu , Tuofu , et al. , 1998). Το 1983 , μια ομάδα Βρεττανών ερευνητών ανακοίνωσε ότι ένας ναύτης από το Manchester πέθανε το 1959 με συμπτώματα AIDS (Williams et al. , 1983). Η καλλιέργεια ιστών του έδειξε την ύπαρξη HIV (Balter , 1998).

1969 Ένας Άφρο – αμερικανός έφηβος από το St Louis πεθαίνει από έναν ιό που μοιάζει με τον HIV (Garry et al. , 1988).

1976 Η οικογένεια ενός Νορβηγού ναύτη πεθαίνει εξαιτίας του HIV1 (Froland et al. , 1988).

1978 Ομοφυλόφιλοι άνδρες στις Η.Π.Α. και στη Σουηδία και ετεροφυλόφιλοι στην Τανζανία και στην Αϊτή , εμφανίζουν συμπτώματα της ασθένειας που αργότερα θα ονομαστεί AIDS .

1981 Στις Η.Π.Α. οι ερευνητές του C.D.C. (Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών /Center for Disease Control) διαπίστωσαν μια ανησυχητικά μεγάλη συχνότητα μιας σπάνιας μορφής καρκίνου που ονομάζεται αγγειοσαρκωμάτωση (Kaposi's sarkoma) σε ομοφυλόφιλους άνδρες που ήταν κατά τα άλλα υγιείς. Αρχικά ονόμασαν την ασθένεια Καρκίνο των Ομοφυλοφίλων (Gay Cancer) αλλά γρήγορα την μετονόμασαν σε GRID (Gay Related Immune Deficiency) , (Taylor , 1995). Ο Michael Gottlieb , στο Λος Άντζελες περιέγραψε τα πρώτα περιστατικά AIDS σε ομοφυλόφιλους (Ινστιτούτο Παστερ , 1998)

1982 Στις Η.Π.Α. , οι ερευνητές το Κέντρου Ελέγχου Ασθενειών (C.D.C. / Center Disease Control / Κέντρο Ελέγχου Νόσων) συνέδεσαν την ασθένεια με το αίμα. Χρησιμοποιείται για 1^η φορά ο όρος AIDS.

1983 Το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών των Η.Π.Α. προειδοποίησε τις τράπεζες αίματος για ένα πιθανό πρόβλημα με τις προμήθειες αίματος. Στο Ινστιτούτο Παστερ , στη Γαλλία οι ερευνητές απομονώνουν τον HIV (Ινστιτούτο Παστερ , 1998) .

1984 Ο Gaetan Dugas , χαρακτηρίζεται ως ο ασθενής μηδέν (patient zero) στις Η.Π.Α. (Taylor , 1995).

1985 Εγκρίθηκε στις Η.Π.Α. από την FDA (Food and Drug Administration / Διεύθυνση Διατροφής και Φαρμάκων) το πρώτο τεστ ανίχνευσης των αντισωμάτων του HIV. Ξεκίνησε στις Η.Π.Α. και στην Ιαπωνία ο έλεγχος των προϊόντων αίματος. Πραγματοποιήθηκε η πρώτη Διεθνής Συνδιάσκεψη για το AIDS στην Ατλάντα των Η.Π.Α..

1986 Ξεκίνησε και στην Σουηδία ο έλεγχος των προϊόντων αίματος. Ανακαλύφθηκε στο Ινστιτούτο Παστερ ο HIV2 (Ινστιτούτο Παστέρ , 1998).

1987 Στις 28 Σεπτεμβρίου εγκρίθηκε στις Η.Π.Α. το πρώτο αντί-HIV φάρμακο. Πρόκειται για το πασίγνωστο πλέον AZT (αζιθοθυμιδίνη) της εταιρείας Glaxo Wellcome. Ο Καναδάς σταμάτησε την διανομή μολυσμένου αίματος. Οι Η.Π.Α. έκλεισαν τα σύνορα τους για τους προσβεβλημένους από τον ιό μετανάστες και τουρίστες.

Η WHO (World Health Organization / Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) ανακήρυξε την 1^η Δεκεμβρίου σε Παγκόσμια Ημέρα AIDS (World Aids Day). Εγκρίθηκε στις Η.Π.Α. το πρώτο διαγνωστικό τεστ , το οποίο ανιχνεύει την παρουσία του HIV-1 εντοπίζοντας κατευθείαν τις πρωτεΐνες ή τα αντιγόνα του ιού.

1991 Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) τα κρούσματα της επιδημίας ανέρχονταν σε περισσότερα απο 10 εκατομμύρια.Ξεκινά στις Η.Π.Α. η κλινική δοκιμή συνδυασμού φαρμάκων κατα του ιού.Εγκρίθηκε στις Η.Π.Α. το γυναικείο προφυλακτικό.

1993 – 1996 Πραγματοποιούνται οι πρώτες κλινικές δοκιμές εμβολίων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στον άνθρωπο.Τα αποτελέσματα δείχνουν οτι οι συγχρηγήσεις αντϊικών σκευασμάτων είναι αποτελεσματικότερεςαπο τις μονοθεραπείες (Ινστιτούτο Παστερ , 1998).

2001 Πραγματοποιείται το Σεπτέμβριο στη Φιλαδέλφεια , διάσκεψη με θέμα τα εμβόλια κατα του AIDS (Aids Vaccine 2001). Με 20 διαφορετικά πρότυπα εμβολίων να δοκιμάζονται αυτή τη στιγμή και πολύ περισσότερα να αναμένονται , οι επιστήμονες είναι για πρώτη φορά αισιόδοξοι και πιστεύουν οτι θα βρουν σύντομα το κατάλληλο εμβόλιο που θα σταματά την καταστροφική δράση του ιού ακόμα και εαν δεν καταφέρνει να προφυλάξει τον οργανισμό απο την μόλυνση (Sternberg , 2001).

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

1.3.1 Νεοδηλοθέντα HIV οροθετικά άτομα (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων AIDS)

Το 2006 (μέχρι τις 31 Οκτωμβρίου) δηλώθηκαν 485 νέα περιστατικά εκ των οποίων 391 (80.6%) ήταν άνδρες και 94 (19,4%) γυναίκες.Συνολικά 50 άτομα , κατα τη στιγμή της δήλωσης είχαν ήδη εμφανίσει AIDS .Το 24,3% των περιστατικ'ων έχουν δηλωθεί ως «ακαθόριστα» σε σχέση με τον τρόπο μετάδοσης , το 47% ήταν άνδρες που είχαν σεξουαλικές επαφές με άλλους άνδρες (ή 62,1% εάν δεν συμπεριληφθούν οι περιπτώσεις με «ακαθόριστο» τρόπο μετάδοσης) και το 24,3% ήταν ετεροφυλόφιλοι άνδρες και γυναίκες (ή 32,2% εάν δεν συμπεριληφθούν οι περιπτώσεις με «ακαθόριστο» τρόπο μετάδοσης) .Σε τρεις περιπτώσεις δηλώθηκε η μετάγγιση μολυσμένου αίματος ως τρόπο μετάδοσης .Δυο περιστατικά (ένας άνδρας και μια γυναίκα) μολύνθηκαν στην Ελλάδα ενώ για το τρίτο άτομο (γυναίκα) αναφέρεται μετάγγιση στην αλλοδαπή .Η πλειονότητα των περιστατικών αφορά σε άτομα ηλικίας 25 – 44 ετών .Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών ήταν ηλικίας 30 – 34 ετών κατα την δήλωση (24,6 %) ενώ στις γυναίκες η προεξάρχουσα ηλικιακή ομάδα ήταν αυτή των 35 – 39 ετών (17%).(Κ.Ε.Ε.Λ.,2006)

1.3.2 HIV Οροθετικά άτομα (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων AIDS)

Ο συνολικός αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Οκτωμβρίου 2006 ανέρχεται σε 8080.Από αυτά τα 6456 (79,9%) ήταν άνδρες τα 1574 (19,5%) γυναίκες , ενώ για ενα μικρό ποσοστό το φύλλο δεν δηλώθηκε.Η κατανομή των περιστατικών HIV γίνεται διεθνώς με βάση το έτος δήλωσης.Λόγω της αναδρομικής συλλογής των δεδομένων η κατανομή τωνδηλώσεων ως προς το έτος δήλωσης έγινε ιεραρχικά χρησιμοποιώντας είτε την ημερομηνία δήλωσης HIV είτε την ημερομηνία θεραπείας , είτε την ημερομηνία δήλωσης AIDS , είτε την ημερομηνία δήλωσης θανάτου , ανάλογα με τα διαθέσιμα στοιχεία κατα περίπτωση .Τα δεδομένα που προέρχονται απο την καταγραφή των περιπτώσεων HIV θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή καθώς δεν αντανακλούν πλήρως την επίπτωση της HIV λοίμωξης και επηρεάζονται απο τον χρόνο εξέτασης και απο τις καθυστερήσεις στην δήλωση.Ενδεικτικά σημειώνεται οτι η υψηλή συχνότητα περιστατικών που παρουσιάζεται το έτος 1999 , οφείλεται στην δήλωση μεγάλου αριθμού περιπτώσεων αναδρομικά , τα οποία όμως είχαν μολυνθεί στο παρελθόν.(Κ.Ε.Ε.Λ.,2006)

Διαχρονικά η τάση της επιδημίας ήταν αυξητική και στους άνδρες και στις γυναίκες. Όμως από το 2000, ο αριθμός των νέων μολύνσεων που δηλώνονται μειώνεται, τάση που συνεχίζεται μέχρι το 2002. Το 2003 και το 2004, παρουσιάζεται μια μικρή αύξηση σε σχέση με το 2002. Το 2005 όμως παρατηρούμε μια ιδιαίτερα σημαντική μεταβολή καθώς ο αριθμός των νέων μολύνσεων που δηλώθηκαν ανά εκατομμύριο πληθυσμού ανέρχεται σε 50,7 (αύξηση +24,87% συγκριτικά με το 2004). Για το 2006 δεν έχει ολοκληρωθεί η συλλογή δεδομένων. Λαμβάνοντας υπόψη την μηνιαία κατανομή των δηλώσεων εκτιμάται ότι ο αριθμός των νέων μολύνσεων που θα δηλωθούν το 2006 θα κυμανθεί στα ίδια ή ενδεχομένως σε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με το 2005.

1.3.3 Κατηγορία μετάδοσης

Η σεξουαλική επαφή αποτελεί τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης του HIV. Συγκεκριμένα, το 46,3% των περιπτώσεων HIV λοίμωξης ήταν άνδρες που δήλωσαν ότι μολύνθηκαν μέσω της σεξουαλικής επαφής με άλλους άνδρες ενώ το 23% ήταν άνδρες και γυναίκες που ανέφεραν ότι μολύνθηκαν μέσω της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής. Η κατηγορία μετάδοσης παραμένει αδιευκρίνιστη σε ποσοστό 22,3%. Στη συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνονται άτομα στα οποία δεν ήταν δυνατό να προσδιοριστεί ο τρόπος μετάδοσης ή αρνήθηκαν να δώσουν πληροφορία για το συγκεκριμένο θέμα ή πέθαναν ή χάθηκαν κατά την διάρκεια της παρακολούθησής τους πριν αποσαφηνιστεί η πιθανή πηγή μόλυνσης. Αντίστοιχες περιπτώσεις παρατηρούνται και σε άλλες επιδημιολογικές εκδόσεις στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α.

Οι αναλογίες ως προς τον τρόπο μόλυνσης δείχνουν μια αξιοσημείωτη αύξηση το 2006 σε σχέση με το 2005 για τους άνδρες που έχουν σεξουαλική επαφή με άλλους άνδρες. Το σημαντικό όμως ποσοστό των «ακαθόριστων» περιπτώσεων πιθανότατα να εισαγάγει κάποιο συστηματικό σφάλμα στην εκτίμηση των τάσεων ως προς τον τρόπο μετάδοσης (Κ.Ε.Ε.Λ., 2006).

Σε σύνολο 1857 ατόμων που έχουν μολυνθεί μέσω της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής, η πλειοψηφία είναι γυναίκες. Πρόκειται για την μοναδική κατηγορία μετάδοσης στην οποία ο αριθμός των γυναικών υπερβαίνει τον αντίστοιχο των ανδρών. Το 35,4% των περιστατικών ήταν άτομα που έζησαν ή προέρχονται από χώρες στις οποίες η ετεροφυλοφιλική μετάδοση είναι συχνή, το 20% είχαν σεξουαλική επαφή με HIV οροθετικά άτομα των οποίων η πηγή μόλυνσης είναι ακαθόριστη και το 28,5% ήταν περιστατικά για τα οποία υπήρχε ισχυρή ένδειξη ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης χωρίς ωστόσο να έχει προσδιοριστεί η υποκατηγορία της.

1.3.4 Νέες περιπτώσεις AIDS

Το 2006 (μέχρι τις 31 Οκτωβρίου) διαγνώστηκαν 60 νέες περιπτώσεις AIDS εκ των οποίων 42 (70%) ήταν άνδρες και 18 (30%) γυναίκες. Από τις περιπτώσεις αυτές, οι 50 είχαν ήδη εμφανίσει AIDS όταν δηλώθηκαν. Το 38,3% των νέων περιπτώσεων ήταν άνδρες που έχουν σεξουαλικές επαφές με άλλους άνδρες ενώ στο 46,7% των περιπτώσεων η μετάδοση είχε γίνει μέσω της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής. Η πλειονότητα των νέων περιπτώσεων αφορά ηλικίες μεγαλύτερες των 35 ετών κατά τη διάγνωση (Κ.Ε.Ε.Λ., 2006).

1.3.5 Συνολικός αριθμός περιπτώσεων AIDS

Ο συνολικός αριθμός των περιπτώσεων AIDS που δηλώθηκαν στην Ελλάδα μέχρι τις 31 Οκτωβρίου 2006 , ανέρχεται σε 2741 εκ των οποίων 2327 (84,9%) ήταν άνδρες και 414 (15,1%) ήταν γυναίκες .

Η ερμηνεία των διαχρονικών τάσεων του AIDS πρέπει να γίνει υπο το πρίσμα δυο πολυ σημαντικών αλλαγών στην ιστορία της νόσου , δηλαδή την επέκταση των κριτηρίων για την διάγνωση των περιπτώσεων AIDS το 1993 και την εισαγωγή των νέων συνδυασμένων θεραπειών (HAART) το 1996.

Η απότομη αύξηση που παρατηρείται τα έτη 1993 -1996 οφείλεται κατα ενα μεγάλο μέρος στον αυξημένο αριθμό κρουσμάτων ακριβώς λόγω της επέκτασης των κριτηρίων για την διάγνωση της νόσου. Αντίθετα η μεγάλη μείωση στην επίπτωση του AIDS που παρατηρείται απο το 1997 μέχρι το 2001 μπορεί να αποδοθεί στις νέες αντιρετροϊκές αγωγές. Ο αριθμός των περιπτώσεων AIDS τα τελευταία έτη παραμένει χαμηλός. Ωστόσο το 2005 παρατηρείται μια μικρή αύξηση συγκριτικά με τα δυο προηγούμενα έτη. Εκτίμηση για το 2006 θα γίνει με την ολοκλήρωση της συλλογής των δεδομένων για το έτος.

Μετα το 1997 η αξιολόγηση της πορείας των περιπτώσεων AIDS δεν αντανακλά την εξέλιξη της HIV λοίμωξης σε προγενέστερο χρόνο. Επιπλέον οι διορθώσεις για τις περιπτώσεις AIDS που δηλώνονται με καθυστέρηση στηρίζονται σε στατιστικά μοντέλα, πράγμα που σημαίνει οτι η ερμηνεία τους πρέπει να γίνει πολυ προσεχτικά

1.3.6 Κατηγορίες Μετάδοσης AIDS

Ο κυριότερος τρόπος μετάδοσης παραμένει η σεξουαλική επαφή μεταξύ ανδρών (56,8%) και ακολουθεί η ετεροφυλοφιλική (για άνδρες και γυναίκες) σεξουαλική επαφή (23,5%). Οι περιπτώσεις οι οποίες μολύνθηκαν μέσω των υπόλοιπων τρόπων μετάδοσης εμφανίζουν μικρά ποσοστά. Οι περιπτώσεις για τις οποίες δεν ήταν δυνατό να προσδιοριστεί ο πιθανός τρόπος μόλυνσης ανέρχονται στο 8,2% .

Η ποσοστιαία αναλογία του τρόπου μετάδοσης για την κατηγορία των ανδρών που έχουν σεξουαλικές επαφές με άλλους άνδρες εμφανίζει μικρή αύξηση το 2005 σε σχέση με το 2004 , ενώ μεγαλύτερη αύξηση παρατηρείται στην μετάδοση μέσω της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής. Διαχρονικά το ποσοστό των μολύνσεων που οφείλονται σε χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών παραμένει αναλογικά χαμηλότερο στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές Χώρες.

Όσον αφορά στην υποκατηγορία μετάδοσης μέσω της ετεροφυλοφιλικής σεξουαλικής επαφής , η πλειοψηφία των περιπτώσεων AIDS ήταν άτομα νπου κατάγονταν ή ταξίδευαν σε χώρες όπου κυριαρχεί η ετεροφυλοφιλική μετάδοση 42% και ακολουθεί η σεξουαλική επαφή με οροθετικό άτομο με ακαθόριστη πηγή μόλυνσης και οι περιπτώσεις όπου υπήρχε ισχυρή ένδειξη ετεροφυλοφιλικής μετάδοσης μη προσδιορίσιμη (Κ.Ε.Ε.Λ., 2006).

1.3.7 Ηλικιακές ομάδες

Συσσώρευση των περιπτώσεων AIDS κατα τον χρόνο διάγνωσης παρατηρείται στις ηλικιακές ομάδες μεταξύ 25 και 49 ετών με επίκεντρο την ηλικιακή ομάδα 30-34 ετών .

1.3.8 Ενδεικτικές νόσοι

Το 2006 (μέχρι τις 31 Οκτωβρίου) , η πνευμονία από *Pneumocystis Carinii* αποτελεί την συχνότερα εμφανιζόμενη ενδεικτική νόσο κατά την διάγνωση των ασθενών με AIDS. Η εκτίμηση όμως θα είναι περισσότερο αξιόπιστη με τη συγκέντρωση όλων των στοιχείων για το 2006.

Το σύνδρομο HIV απίσχνανσης παρουσιάζει συνολικά την υψηλότερη συχνότητα στις περιπτώσεις AIDS αφού ποσοστό 18 % των περιστατικών (έφηβοι και ενήλικες) το έχουν εμφανίσει . Ακολουθούν σε συχνότητα , η πνευμονία από *pneumocystis carinii* και το σάρκωμα Καρσί. Στα παιδιά η συχνότερη ενδεικτική νόσος είναι η λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό , η HIV εγκεφαλοπάθεια και η πνευμονία από *pneumocystis Carinii*. Τονίζουμε ότι τα ποσοστά αυτά αναφέρονται στο σύνολο των περιστατικών από την αρχή της επιδημίας μέχρι σήμερα. (Κ.Ε.Ε.Λ, 2006)



www.focusmag.gr

1.3.9 Θάνατοι σε άτομα με AIDS

Ο αριθμός των θανάτων σε ασθενείς με AIDS που δηλώθηκαν το 2006 (μέχρι τις 31 Οκτωβρίου) ανέρχεται σε 27 άτομα. Η μεγάλη πλειοψηφία των θανάτων ήταν σε άνδρες και αντανακλά την μεγάλη αναλογία των ανδρών επί του συνόλου .

Η σημαντική μείωση στον αριθμό των θανάτων η οποία ξεκίνησε το 1997 οφείλεται στην εισαγωγή των νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων οι οποίες καθυστερούν σημαντικά την εξέλιξη της νόσου (Κ.Ε.Ε.Λ., 2006).

1.3.10 Ευρωπαϊκά δεδομένα

Τα δεδομένα που παρουσιάζονται σε αυτό το δελτίο και αφορούν άλλες Ευρωπαϊκές Χώρες προέρχονται από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Επιδημιολογικής Επιτηρησης του HIV/AIDS στο Παρίσι , στο οποίο συμμετέχει και η Ελλάδα.

Κάθε χώρα έχει το δικό της σύστημα επιτήρησης.Ως εκ τούτου τα στοιχεία που παρουσιάζονται πρέπει να ερμηνεύονται λαμβάνοντας υπόψη ότι τα αποτελέσματα επηρεάζονται από το τρόπο συλλογής των δεδομένων , την πληρότητα τους , την νομοθεσία κάθε χώρας , και άλλους παράγοντες.Σε ορισμένες χώρες λόγω της πρόσφατης εφαρμογής του συστήματος επιτήρησης , καταγράφονται και περιπτώσεις που έχουν μολυνθεί στο παρελθόν και συνεπώς η ερμηνεία των δεδομένων τα πρώτα χρόνια είναι ενδεικτική.Τα δεδομένα αναφέρονται ως το 2004 και προέρχονται από τα 25 κράτη-μέλη που απαρτίζουν την Ευρωπαϊκή Ένωση από την 1^η Μαΐου του 2004.

HIV : Αξιολογώντας τα τελευταία Ευρωπαϊκά δεδομένα σε σχέση με την πορεία της HIV λοίμωξης , παρατηρούμε ότι οι χώρες με το μεγαλύτερο αριθμό νέων HIV μολύνσεων για το έτος 2004 ήταν η Εσθονία , η Πορτογαλία , η Λετονία και το Λουξεμβούργο.Δεν υπάρχουν δεδομένα το 2004 για την Ισπανία και την Ιταλία των οποίων η επίπτωση εκτιμάται να είναι υψηλότερη από την συνολική επίπτωση για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα .

AIDS : Οι χώρες με την μεγαλύτερη επίπτωση για το έτος 2004 ήταν η Πορτογαλία η Ισπανία , η Λετονία και η Ιταλία (Κ.Ε.Ε.Λ.,2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2

ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ HIV



Γενικά

Με τους όρους λοίμωξη HIV και νόσος HIV, περιγράφουμε τις δύο μεγάλες φάσεις που σηματοδοτούν την εξέλιξη της ασθένειας που συνήθως ονομάζουμε AIDS. Ο όρος AIDS είναι ακρωνύμιο του αγγλικού όρου Acquired Immune Deficiency Syndrome. Ο αντίστοιχος όρος στα ελληνικά είναι Σ.Ε.Α.Α. ή Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, ενώ απαντά και ως σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας ή Επίκτητη Ανοσιακή Ανεπάρκεια. Ο αντίστοιχος όρος στα Γαλλικά είναι SIDA (Syndrome Immuno-Deficitaire Acquis). Στην εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάννικα, αναφέρεται: «Όταν διευκρινηθεί η αιτιολογία και η παθογένεια ενός συνδρόμου, ο όρος δεν έχει ποια θέση. Έτσι ο όρος AIDS, μετά την ανακάλυψη του αιτίου και της γέννησης και εξέλιξης της παθολογικής αυτής δεν δικαιολογείται. Πρόκειται πια για νόσο, την «Επίκτητη Ανοσολογική Ανεπάρκεια».

2.1 Περιγραφή του HIV

Ο ιός αυτός ανήκει σε μια κατηγορία ιών που ονομάζονται ρετροϊοί, οι οποίοι περιέχουν κύτταρα τα οποία συντίθεται από μόρια ριβοζονουκλικού οξέως (RNA). Τα ανθρώπινα γονίδια, όπως και αυτά των περισσότερων οργανισμών συντίθενται από μόρια δεσοξυριβοζονουκλικού οξέως (DNA). Όπως όλοι οι ιοί, έτσι και ο HIV μπορεί να αντιγραφεί μόνο μέσα στα κύτταρα ενεργοποιώντας το μηχανισμό αναπαραγωγής τους. Η ουσιαστική διαφορά των ρετροϊών από τους άλλους ιούς έγκειται στην ιδιότητα τους να περιέχουν ένα ειδικό ένζυμο, την αντιστροφμεταγραφάση (reverse transcriptase) η οποία τους επιτρέπει αμέσως μόλις εισβάλλουν στο κύτταρο να μετατρέψουν το RNA τους σε DNA το οποίο μπορεί να ενσωματωθεί στο γένωμα του κυττάρου-ξενιστή. Με τη μορφή αυτή το DNA του ιού (προ-ικό DNA) παραμένει «σιωπηλό» για μήνες και για χρόνια, στα κύτταρα του ανθρώπινου οργανισμού ως «προϊός» (Κιόρτσης και Παπασπηλιόπουλος, 1997).

Ο HIV ανήκει σε μια υποκατηγορία ρετροϊών που ονομάζονται «αργοί ιοί». Η πορεία της λοίμωξης που προκαλούν αυτοί οι ιοί χαρακτηρίζεται από τη μεσολάβηση ενός μεγάλου χρονικού διαστήματος ανάμεσα στην αρχική προσβολή και στην εμφάνιση σοβαρών συμπτωμάτων ή αλλιώς από τη μακριά περίοδο επώασης πριν από την εμφάνιση της ασθένειας. Ο HIV μολύνει, δηλαδή ενσωματώνεται δια βίου στο γενετικό τους υλικό, τα κύτταρα με CD4 υποδοχείς, δηλ τα T4 λεμφοκύτταρα, τα μονοκύτταρα – μακροφάγα, τα κύτταρα του Langerhans και ομάδα νευρογλοιακών κυττάρων του κεντρικού νευρικού συστήματος και του νωτιαίου μυελού (Καλοταιράκης, 1989). Κατά την διάρκεια της τυπικής εξέλιξης της λοίμωξης τα T-βοηθητικά κύτταρα (T-helper cells), τα οποία έχουν υποδοχείς κύτταρα CD4 (Cluster Destination 4), αδρανοποιούνται και καταστρέφονται. Τα κύτταρα αυτά είναι ζωτικής σημασίας για την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού καθώς δίνουν σήμα σε άλλα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος να διαδραματίσουν τις ιδιαίτερες λειτουργίες τους. Ένα υγιές άτομο συνήθως έχει 800 έως 1200 CD4+T κύτταρα ανά κυβικό χιλιοστό (mm) αίματος. Κατά την διάρκεια της λοίμωξης HIV, ο αριθμός αυτών των κυττάρων στο αίμα του προσβεβλημένου ατόμου μειώνεται προοδευτικά.

Όταν ο αριθμός τους πέσει κάτω από 200 ανα κυβικό χιλιοστό , ο άνθρωπος γίνεται ιδιαίτερα ευάλωτος στις ευκαιριακές λοιμώξεις και τους καρκίνους που χαρακτηρίζουν το AIDS , το τελικό στάδιο της νόσου HIV .Οί άνθρωποι με AIDS συχνά υποφέρουν απο λοιμώξεις στα έντερα , στους πνεύμονες , στον εγκέφαλο , στα μάτια και σε άλλα όργανα καθώς επίσης και από εξουθενωτική απώλεια βάρους , διάρροια , νευρολογικές διαταραχές και καρκίνους όπως είναι η αγγειοσαρκωμάτωση (Kaposi's sarcoma) και τα λεμφώματα (Miller & Bor , 1991).

Οί περισσότεροι επιστήμονες πιστεύουν ότι ο HIV προκαλεί το AIDS εξολοθρεύοντας κατευθείαν τα CD4+T κύτταρα και δίνοντας ερεθίσματα με παθολογική βάση για την έναρξη άλλων συμβάντων τα οποία εξασθενίζουν την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού.Για παράδειγμα , το δίκτυο των μορίων που ρυθμίζουν την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού ενός υγιούς ατόμου διαρρηγνύεται κατά την διάρκεια της νόσου HIV και εξασθενίζει η ικανότητά του να αντιμετωπίζει άλλες λοιμώξεις.Η καταστροφή των λεμφικών κόμβων και των σχετιζομένων ανοσολογικών οργάνων διαδραματίζει επίσης τεράστιο ρόλο στην ανοσοκαταστολή που παρατηρείται στα άτομα με AIDS (NIAID,1999).

2.2 Προέλευση των Ιών HIV1 και HIV2

Δύο ξεχωριστοί τύποι του HIV έχουν εντοπιστεί μέχρι τώρα.Ο HIV1 είναι ο ιός που ευθύνεται κατά κύριο λόγο για την παγκόσμια επιδημία του AIDS.Το γενετικό θλικό του είναι σημαντικά διαφορετικό απο εκείνο του HIV2 , έτσι είναι δύσκολο να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι προήλθε από αυτόν με απλή μετάλλαξη.Είναι πιθανό , όμως να προέρχεται απο έναν ιό που προσβάλλει τους χιμπατζήδες.Είναι επίσης πιθανό να ενδημούσε για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ορισμένους ανθρώπινους πληθυσμούς που ζούσαν απομονωμένοι και από τους οποίους ήταν σχετικά καλά ανεκτός (Ινστιτούτο Παστερ,1998).

Ο HIV2 είναι ένας ιος συγγενείς του ιού του πράσινου πιθήκου.Η πιθανότερη εκδοχή είναι οτι ο ιός αυτός πέρασε στο πρόσφατο ή μακρινό παρελθόν στον άνθρωπο από το πίθηκο.Ο πίθηκος είναι το είδος «δεξαμενή» του ιού και έχει επιδείξει ανοχή σε αυτόν , ενώ ο άνθρωπος που έγινε ο νέος ξενιστής για τον ιό αυτό , δεν ήταν προετοιμασμένος να τον αντιμετωπίσει.Και αυτός ο ιός προκαλεί AIDS στον άνθρωπο , αλλά μεταδίδεται πιο δύσκολα από τον HIV1 και αφού μεταδοθεί προκαλεί το νόσημα λιγότερο συχνά και μετά απο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Ινστιτούτο Παστερ, 1998).

Πιστεύεται οτι αυτοί οι ιοί που συναντιούνται στους πιθήκους υπερπήδησαν το φράγμα των ειδών όταν ιστοί προσβεβλημένων πιθήκων καταναλώθηκαν απο ανθρώπους.Κάποιοι επιστήμονες πιστεύουν ότι μια πηγή μόλυνσης ίσως ήταν τα κύτταρα από νεφρά πιθήκων που χρησιμοποιούνταν στη δεκαετία του 1950 προκειμένου να κατασκευάζεται το εμβόλιο για τον ιό της πολιομυελίτιδας , άλλοι όμως διαψεύδουν αυτή την άποψη (Hutchinson,2001).Ο HIV2 παρέμενε περιορισμένος στην Δ.Αφρική,όπου εκδηλώθηκε αρχικά , αλλά πρόσφατα άρχισε να απλώνεται σε κάποιες χώρες της Ασίας.

2.3 Ο Κύκλος Ζωής του HIV

Ο κύκλος ζωής του HIV περιλαμβάνει εννέα φάσεις μέχρι το στάδιο της ωρίμανσής του.Οι φάσεις αυτές είναι :

- α. Επαφή – Είσοδος του ιού
- β. Αντίστροφη μεταγραφή
- γ. Μεταφορά στον πυρήνα των κυττάρων
- δ. Ενσωμάτωση
- ε. Αντιγραφή του ιού
- στ. Σύνθεση της πρωτεΐνης του ιού
- ζ. Συγκρότηση του ιού
- η. Απελευθέρωση του ιού
- θ. Ωρίμανση (NIAID,1998)

2.4 Πορεία της Λοίμωξης HIV

Μόλις το άτομο μολυνθεί από τον HIV, εισέρχεται σε μια περίοδο χρόνιας λοίμωξης HIV. Ανάμεσα στους ασθενείς που έλαβαν μέρος σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες στις Δυτικές χώρες, ο μέσος όρος του χρόνου που μεσολάβησε από την προσβολή μέχρι την εμφάνιση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με το AIDS ήταν περίπου δέκα χρόνια. Ωστόσο, οι ερευνητές έχουν παρατηρήσει μια μεγάλη διακύμανση ως προς την εξέλιξη της νόσου. Για το 10% των ατόμων που έλαβαν μέρος σε αυτές τις έρευνες η εξέλιξη του AIDS συνετελέσθη στη διάρκεια των πρώτων δυο ή τριών χρόνων που ακολουθούν την μόλυνση, ενώ το 5-10% των ατόμων στις μελέτες έχει σταθερό αριθμό CD4 κυττάρων και δεν εμφανίζουν συμπτώματα ακόμα και μετά από δώδεκα χρόνια ή και περισσότερα. Παράγοντες όπως οι γενετικές ατομικές διαφορές, ο βαθμός μολυσματικότητας ενός μεμονωμένου στελέχους του ιού και η συνύπαρξη λοιμώξεων από άλλα μικρόβια μπορεί να επηρεάσουν τον ρυθμό και την σοβαρότητα της εξέλιξης της νόσου (NIAID,1998).

Τα στάδια που διακρίνονται κατά την κλινική εξέταση της προσβολής είναι τέσσερα: Το **στάδιο 1** χαρακτηρίζει την πρωτογενή προσβολή. Τα περισσότερα άτομα δεν αναπτύσσουν κανένα σύμπτωμα κατά την διάρκεια της αρχικής προσβολής από τον HIV, ενώ κάποια άλλα αναπτύσσουν συμπτώματα που προσιδιάζουν σε αυτά της γρίπης ένα ή δυο μήνες μετά την προσβολή. Μπορεί να παρουσιάσουν πυρετό, πονοκέφαλο, αδιαθεσία και διογκωμένα λεμφογάγγλια στο λαιμό και στη βουβωνική χώρα. Αυτά τα συμπτώματα συνήθως εξαφανίζονται μετά από μια εβδομάδα ή ένα μήνα και συχνά συγχέονται με αυτά κάποιας άλλης ίωσης. Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου, τα άτομα είναι πολύ «μολυσματικά» και ο HIV παρουσιάζει μεγάλη συγκέντρωση στα γενετήσια εκκρίματα. Και στις δύο περιπτώσεις, κατά την περίοδο αυτή, η οποία διαρκεί το μέγιστο μερικές εβδομάδες, η απόκριση σε μια βιολογική δοκιμασία αποκαλύπτεται «θετική».

Κατά την διάρκεια του **σταδίου 2**, το προσβεβλημένο άτομο δεν παρουσιάζει απολύτως κανένα κλινικό σύμπτωμα. Αν το άτομο δεν υποβληθεί σε βιολογική δοκιμασία ανίχνευσης της νόσου, είναι αδύνατο να γνωρίζει αν είναι ή όχι φορέας του. Η περίοδος της «ασυμπτωματικής» λοίμωξης παρουσιάζει μεγάλη χρονική διακύμανση, όπως προαναφέραμε. Μπορεί να μην παρουσιαστεί κανένα σύμπτωμα στην διάρκεια μιας δεκαετίας για τους ενήλικες και μιας διετίας για τα παιδιά που γεννιούνται με τον ιό, ενώ άλλοτε μπορεί να παρουσιαστούν συμπτώματα μέσα σε μερικούς μήνες. Κατά την διάρκεια του σταδίου αυτού ο ιός HIV πολλαπλασιάζεται δραστικά και μολύνει και σκοτώνει κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος. Ο ιός αρχικά αχρηστεύει ή καταστρέφει τα CD4 μόρια (υποδοχείς των T4) χωρίς να προκαλέσει συμπτώματα (NIAID,1999).

Το **στάδιο 3**, αντιστοιχεί στην κλινική εικόνα που εμφανίζουν τα γάγγλια.

Πολλαπλά, επιφανειακά, ογκώδη, μερικές φορές ευαίσθητα στην αφή τα οποία δεν σχετίζονται με κανένα άλλο σύμπτωμα. Η προσβολή λαμβάνει ριζικά διαφορετική μορφή κατά το στάδιο αυτό, το οποίο χαρακτηρίζει την συμπτωματική φάση της νόσου. Η φάση αυτή, υποδιαιρείται σε πολλές υποομάδες, οι οποίες αντιστοιχούν σε διάφορους τύπους κλινικών εκδηλώσεων. Το πρώτο καιρό ο ασθενής εμφανίζει μολύνσεις οι οποίες καλούνται « ευκαιριακές » : μπορεί να είναι οξείες (πνευμονική φυματίωση) ή χρόνιες, οι οποίες λίγο μόνο εξασθενίζουν τον οργανισμό (στοματική καντιντίαση). Στο στάδιο αυτό, μπορούν επίσης να εμφανιστούν μη ειδικά συμπτώματα, όπως πυρετός ή ανεξήγητη διάρροια, η οποία διαρκεί περισσότερο από ένα μήνα, καθώς και σημαντική απισχνάνση.

Τέλος, κατά την διάρκεια του τέταρτου σταδίου εμφανίζονται ένα ή περισσότερα σημαντικά κλινικά συμπτώματα τα οποία χαρακτηρίζουν την νόσο : ευκαιριακές λοιμώξεις (πνευμονοκύτωση, εγκεφαλική τοξοπλάσμωση κτλ), εγκεφαλοπάθειες από τον HIV και κακοήθεις όγκοι, αγγειοσαρκαμάτωση (Kaposi's Sarkoma), λεμφώματα κτλ. Εν τούτοις, αυτή η προοδευτική χρονική ακολουθία μερικές φορές διαταράσσεται : ενώ βρίσκονται στο στάδιο δυο ή τρία, χωρίς κανένα προειδοποιητικό σύμπτωμα, ορισμένοι ασθενείς μπορεί να περάσουν ξαφνικά σε αυτό το σοβαρό συμπτωματικό στάδιο. Τα γενικά συμπτώματα του **σταδίου 4** και ορισμένες δευτερεύουσες ευκαιριακές λοιμώξεις που παρατηρούνται μαρτυρούν μια αλλοίωση του ανοσοποιητικού συστήματος, η οποία επιδεινώνεται για να καταλήξει στο AIDS.

2.5 Νόσος HIV/AIDS

Ο όρος ΝΟΣΟΣ HIV / AIDS, αναφέρεται στο πιο προχωρημένο στάδιο της λοίμωξης HIV. Η κλινική διάγνωση του AIDS, σύμφωνα με τις οδηγίες της WHO (World Health Organization / Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) απαιτεί την παρουσία μιας σειράς συμπτωμάτων. Από αυτά κάποια θεωρούνται κύρια, ενώ κάποια άλλα δευτερεύοντα. Η κλινική διάγνωση θεωρείται θετική όταν υπάρχουν τουλάχιστον δυο από τα εξής κύρια συμπτώματα :

- α.** απώλεια βάρους 10% ή μεγαλύτερη (στα παιδιά αρκεί η ανακοπή της αύξησης του βάρους τους)
- β.** διάρροια περισσότερο από ένα μήνα
- γ.** πυρετός περισσότερο από ένα μήνα

Τα δευτερεύοντα συμπτώματα είναι : βήχας περισσότερο από ένα μήνα, καθολική δερματίτιδα με κνησμό, έρπης ζωστήρας σε υποτροπή, καντιντίαση του στόματος και του φάρυγγα. Σε κάθε περίπτωση, η κλινική διάγνωση απαιτεί εργαστηριακή επιβεβαίωση, με την ανίχνευση ειδικών αντισωμάτων (Κιόρτσης & Παπασπηλιόπουλος, 1997). Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε το 1993 από το CDC (Center for Disease Control / Κέντρο Ελέγχου Νόσων) των Η.Π.Α., θεωρείται ότι έχουν αναπτύξει AIDS τα άτομα των οποίων ο αριθμός των T4 λεμφοκυττάρων είναι μικρότερος από 200 (NIAID, 1999) ή μικρότερος από το 14% του συνόλου των λεμφοκυττάρων του οργανισμού τους, ανεξάρτητα από την κλινική τους κατάσταση (Δαρδαβέσης, 1999). Επιπρόσθετα, ο ορισμός περιλαμβάνει 26 κλινικές καταστάσεις-διαγνωστικά κριτήρια που προσβάλλουν άτομα με αναπτυγμένη νόσο HIV (NIAID, 1999). Η πλειονότητα αυτών είναι ευκαιριακές λοιμώξεις οι οποίες πολύ σπάνια μπορεί να βλάψουν υγιή άτομα. Όμως για τα άτομα με AIDS οι λοιμώξεις αυτές είναι σοβαρές και μερικές φορές μοιραίες εξαιτίας του γεγονότος ότι το ανοσοποιητικό τους σύστημα είναι τόσο κατεστραμμένο από τον HIV που ο οργανισμός δεν είναι σε θέση να καταπολεμήσει ορισμένα βακτήρια, ιούς και άλλα μικρόβια.

Οι ευκαιριακές λοιμώξεις , συνηθισμένες σε άτομα με AIDS , προκαλούν συμπτώματα όπως : βήχα , λαχάνιασμα , αιφνιδιαστικές προσβολές , νοητικά συμπτώματα (όπως σύγχυση και αμνησία) , σοβαρή και επίμονη διάρροια , πυρετό, απώλεια όρασης , σοβαρούς πονοκεφάλους , απώλεια βάρους , έντονη κόπωση , ναυτία , εμετούς , απώλεια συντονισμού , κώμα , κοιλιακές κράμπες , δύσκολη ή επίπονη κατάποση (NIAID,1999).

Τα άτομα με AIDS είναι ιδιαίτερος επιρρεπής στην εμφάνιση διαφόρων καρκίνων , ιδιαίτερα εκείνων που προξενούνται από ιούς , όπως είναι η αγγειοσαρκομάτωση (Kaposi Sarkoma) ,καθώς και σε καρκίνους του τραχήλου ή καρκίνους του ανοσοποιητικού συστήματος , γνωστούς ως λεμφώματα.Οι καρκίνοι αυτοί είναι συνήθως πιο επιθετικοί και ως εκ τούτου είναι πιο δύσκολο να θεραπευτούν σε άτομα με νόσο HIV.

Κατα την πορεία της λοίμωξης HIV η μείωση των T4 λεμφοκυττάρων είναι σταδιακή για τα περισσότερα άτομα , αλλά ραγδαία για κάποια άλλα.Ενα άτομο με T4 λεμφοκύτταρα λιγότερα απο 200 , μπορεί να αναπτύξει κάποια απο τα πρώιμα συμπτώματα της νόσου HIV.Υπάρχουν όμως άτομα που δεν εμφανίζουν συμπτώματα ακόμα και όταν ο αριθμός αυτός είναι μικρότερος από 200.

Πολλοί άνθρωποι εξουθενούνται από τα συμπτώματα του AIDS σε τέτοιο βαθμό που δεν είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν κανονικά στις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις αλλά ούτε και στην συντήρηση του νοικοκυριού τους.Κάποιοι άλλοι μπορεί να βιώνουν φάσεις κατα τις οποίες η ασθένεια είναι ιδιαίτερα απειλητική για την ζωή τους , οι οποίες εναλλάσσονται με φάσεις κανονικής λειτουργικότητας (NIAID,1999).

2.6 Η Μετάδοση της Λοίμωξης HIV

Ο πιο συνήθης τρόπος μετάδοσης του HIV είναι μέσω της σεξουαλικής επαφής με ενα ήδη προσβεβλημένο άτομο.Ο ιός μπορεί να εισέλθει στον οργανισμό δια της οδού του κόλπου , του αιδοίου , του πέους , του πρωκτού ή του στόματος κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.Ο HIV μπορεί επίσης να μεταδοθεί και από την επαφή με μολυσμένο αίμα.

Προτού εφαρμοστεί η εξέταση για HIV και προτού εισαχθούν οι θερμικές τεχνικές καταστροφής του HIV στα παράγωγα αίματος , το 1985 , ο HIV μεταδιδόταν και μέσω της μετάγγισης αίματος ή παραγώγων του που είχαν ήδη μολυνθεί.Στις μέρες μας όμως , ο κίνδυνος προσβολής απο τέτοιες μεταγγίσεις είναι υπερβολικά μικρός (NIAID,1999).

Ο HIV συχνά μεταδίδεται στα άτομα που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών επειδη χρησιμοποιούν κοινή σύριγγα που περιέχει μικρή ποσότητα του ιού.Πάντως ο κίνδυνος μόλυνσης των επαγγελματιών υγείας από μολυσμένα άτομα ή το αντίστροφο , από ατύχημα τρυπήματος με σύριγγα ή με άλλα ιατρικά εργαλεία που περιέχουν μολυσμένο αίμα είναι ιδιαίτερος σπάνιος.

Οι γυναίκες μπορούν να μεταδώσουν τον ιο στα παιδιά τους κατά την διάρκεια της κύησης ή του τοκετού.Περίπου το ενα τέταρτο με ενα τρίτο των εγκύων που έχουν προσβληθεί μεταφέρουν τον ιο στα μωρά τους.Ο ιός μεταδίδεται επίσης στα βρέφη και κατα τη διάρκεια του θηλασμού μέσω του μητρικού γάλατος.Η καισαρική τομή , φαίνεται οτι μειώνει σημαντικά την περιγεννητική μετάδοση καθώς και η λήψη του AZT (Zidovudine) κατα την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Δαρδαβέσης,1999).Ο συνδυασμός των δύο μπορεί να μειώσει την πιθανότητα μετάδοσης στο 1% (NIAID,1999).

Ο ιός έχει απομονωθεί , εκτός απο το αίμα , το σπέρμα , τα κολπικά υγρά , το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και το μητρικό γάλα , και από το σάλιο , τον ιδρώτα , τα δάκρυα , τα ούρα , τα κόπρανα , και τα βρογχικά εκκρίματα χωρίς ωστόσο να έχουν αναφερθεί περιπτώσεις μόλυνσης από τα συγκεκριμένα βιολογικά υγρά

.Το γεγονός αυτό οφείλεται αφ ενός μεν στην μικρή ποσότητα του ιού που περιέχεται στα υγρά αυτά , αφ ετέρου δε στη μεγάλη ευπάθεια του ιού στο εξωτερικό περιβάλλον.Σχετικώς με το σάλιο , εργαστηριακές μελέτες ανακάλυψαν οτι το σάλιο περιέχει φυσικά συστατικά που αναχαιτίζουν την μολυσματική δράση του ιού.Εν τούτοις , κανείς δε γνωρίζει αν υπάρχει πιθανότητα μόλυνσης από την ανταλλαγή μεγάλης ποσότητας σάλιου κατα την διάρκεια αυτού που λέμε « βαθύ φιλί » ή κατα την διάρκεια της στοματικής σεξουαλικής επαφής (NIAID,1999).

Μελέτες σε οικογένειες με μολυσμένα μέλη έχουν δείξει καθαρά οτι ο HIV δεν μεταδίδεται με τις συνηθισμένες καθημερινές επαφές , όπως είναι η κοινή χρήση μαγειρικών σκευών ή μαχαιροπίρουνων , πετσετών, σεντονιών , τηλεφώνων , καθισμάτων τουαλέτας ή απο κολύμπι στην ίδια πισίνα ούτε από την χρήση κοινών αντικειμένων.Επίσης , δεν μεταδίδεται απο το τσίμπημα εντόμων όπως είναι τα κουνούπια ή οι ψύλλοι (NIAID,1999).Είναι σαφές οτι η μετάδοση στο πλαίσιο των οικογενειακών , κοινωνικών , εργασιακών , σχολικών κτλ σχέσεων είναι αδύνατη.

Ο ιος HIV μπορεί να προσβάλει το καθένα που έχει επικίνδυνη συμπεριφορά όπως είναι : η χρήση κοινών βελόνων ή συριγγών και η σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό με κάποιο άτομο το οποίο είτε είναι προσβεβλημένο ήδη,είτε είναι άγνωστο αν είναι προσβεβλημένο ή όχι.

Η προσβολή απο κάποια άλλη σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια , όπως είναι η σύφιλη , ο έρπης , η χλαμυδιακή μόλυνση , η γονόρροια , η βακτηριακή κολπίτιδα κ.α. , φαίνεται οτι καθιστά το άτομο περισσότερο ευάλωτο στην μετάδοση του ιού κατα την σεξουαλική επαφή (NIAID,1999).

2.7 Η Διάγνωση της Λοίμωξης HIV

Η λοίμωξη HIV , όπως προαναφέραμε , συνήθως δεν προκαλεί κανένα σύμπτωμα αρχικά.Έτσι , ο κύριος τρόπος εντοπισμού του ιού είναι μέσω της εξέτασης αίματος για την παρουσία αντισωμάτων (πρωτεΐνες) κατα του ιού.Τα αντισώματα αυτά , γενικά , δεν είναι ανιχνεύσιμα πριν απο ένα μέχρι τρεις μήνες μετά την προσβολή απο τον ιο και μπορεί να χρειαστούν περισσότεροι απο έξι μήνες προτού γενικευθούν σε ποσότητες επαρκείς ωστε να εμφανίζονται στις κανονικές εξετάσεις αίματος.Συμπληρωματικά με την εξέταση αίματος μπορούν να χρησιμοποιηθούν και εξετάσεις σιέλου ή ούρων.

Τα άτομα που έχουν εκτεθεί στον ιο θα ήταν καλύτερα να εξετασθούν οσο το δυνατο συντομότερα , ωστε να λάβουν την κατάλληλη αγωγή στον χρόνο εκείνο κατα τον οποίο είναι περισσότερο ικανά να αγωνισθούν κατα του ιού και να προλάβουν την εκδήλωση ευκαιριακών λοιμώξεων.

Η εξέταση για τον HIV γίνεται στα περισσότερα νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα και μπορεί να είναι ανώνυμοι αν ο ενδιαφερόμενος το επιθυμει.Μάλιστα στις Η.Π.Α. διατίθενται και τεστ για χρήση στο σπίτι , είτε απο φαρμακεία είτε μεσω τηλεφωνικής παραγγελίας.Το 1989 οι ορολογικές μέθοδοι διάγνωσης της μόλυνσης HIV διακρίνονταν στις παρακάτω :

α. Ανοσοενζυματική μέθοδος (ELISA)

β. Μέθοδος WESTERN-BLOT

γ. Μέθοδος της ραδιοανοσοκαθίζησης (RIPA)

δ. Αντίδραση σε συνθετικά πεπτίδια , ομόλογα των ιικών πρωτεϊνων.

Στις μέρες μας , ο πιο διαδεδομένος τύπος εξέτασης για την ανίχνευση του HIV εξακολουθεί να είναι η μέθοδος ELISA , η τεχνική της οποίας στηρίζεται στην ανίχνευση αντισωμάτων.Συνήθως για την εξακρίβωση του αποτελέσματος αυτής της εξέτασης χρησιμοποιείται η τεχνική WESTERN-BLOT.

Δεδομένου ότι η ανίχνευση HIV αντισωμάτων έχει τεράστιες συνέπειες, είναι κεφαλαιώδους σημασίας η εξασφάλιση ακριβών αποτελεσμάτων. Για αυτό, είναι φρόνιμο, σε περιπτώσεις θετικών αποτελεσμάτων, να γίνεται μια ακόμη εξέταση με τη χρήση διαφορετικής μεθοδολογίας αυτή τη φορά. (Miller & Bor, 1991).

Ένα πιο εξελιγμένο τεστ, που ανακαλύφθηκε πρόσφατα είναι το PCR (Polymerase Chain Reaction). Το τεστ αυτό ανιχνεύει το DNA του ιού (ενώ το ELISA και το WESTERN-BLOT, τα αντισώματα στον ιό) και μπορεί να εντοπίσει την παρουσία του τέσσερις εβδομάδες μετά την προσβολή, ενώ το ELISA χρειάζεται έξι εβδομάδες έως έξι μήνες. Το τεστ αυτό έχει υψηλό κόστος και στη χώρα μας δεν παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία. Συστήνεται όμως η πραγματοποίησή του (σε ιδιωτικό εργαστήριο) στις περιπτώσεις που χρειάζονται γρήγορα αποτελέσματα, όπως για παράδειγμα, όταν πρόκειται για ένα βρέφος που η μητέρα του είναι οροθετική.

2.8 Κλινικές εκδηλώσεις

Οι κλινικές εκδηλώσεις του AIDS είναι πολλαπλές και αφορούν σχεδόν κάθε όργανο του σώματος. Οι παθολογικές εκδηλώσεις που συνδέονται με μόλυνση HIV και AIDS προέρχονται από λοιμώξεις, κακοήθειες και / ή από άμεση επίδραση του HIV στους σωματικούς ιστούς (Σαχίνη Άννα και συν., 1997).

A. Πνευμονικές εκδηλώσεις

Περιλαμβάνουν βράγχυση αναπνοής, δύσπνοια, βήχα, πόνο στο θώρακα, πυρετό που συνδέονται με μια ποικιλία ευκαριακών λοιμώξεων, όπως εκείνες που προκαλούνται από *Mycobacterium avium – intracellulare*, *M. tuberculosis* και *Legionella*. Ωστόσο η πιο κοινή λοίμωξη σε άτομα με AIDS είναι η πνευμονία από *Pneumocystis Carini*, που έχει θνητότητα περίπου 60%. Η *P. Carini*, ένα πρωτόζωο, προκαλεί νόσο μόνο σε ανοσοκατασταλμένους οργανισμούς. Εισβάλλει και πολλαπλασιάζεται μέσα στις πνευμονικές κυψελίδες, με αποτέλεσμα την πύκνωση του πνευμονικού παρεγχύματος και την ανάπτυξη διάμεσης πνευμονίτιδας.

Η κλινική εμφάνιση της πνευμονίας από *P. Carini* (PCP) στους αρρώστους με AIDS είναι γενικά λιγότερο οξεία από ότι σε άτομα που είναι ανοσοκατασταλμένα από άλλες καταστάσεις. Οι άρρωστοι με AIDS αρχικά αναπτύσσουν μη ειδικά σημεία και συμπτώματα όπως πυρετό, ρίγη, μη παραγωγικό βήχα, βράγχυση αναπνοής, δύσπνοια, σπάνια θωρακικό πόνο και ελαφρά υποξαιμία. Αν η νόσος δεν θεραπευτεί, τελικά προκαλεί σημαντική πνευμονική διαταραχή και αναπνευστική ανεπάρκεια. Ένας μικρός αριθμός αρρώστων μπορεί να παρουσιάσει δραματική εισβολή και κεραυνοβόλο πορεία, συμπεριλαμβανομένης βαριάς υποξαιμίας, κυάνωσης, ταχύπνοιας και αλλαγής στην διανοητική κατάσταση. Η αναπνευστική ανεπάρκεια αναπτύσσεται μέσα σε 2-3 ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Η οριστική διάγνωση της PCP μπορεί να τεθεί με αναγνώριση του πρωτόζωου στον πνευμονικό ιστό ή στις βρογχικές εκκρίσεις (Σαχίνη Άννα και συν., 1997).

Η νόσος που οφείλεται στην ομάδα των μυκοβακτηριδίων των πτηνών (OMΠ) εμφανίζεται ως η κύρια αιτία βακτηριακών λοιμώξεων σε άτομα με AIDS.

Οργανισμοί που ανήκουν στην OMΠ περιλαμβάνουν το *M. πτηνών (avium)*, το *M. ενδοκυττάριο (Intracellulare)* και το *M. χοίρων (scrofulaceum)*. Η OMΠ, μια ομάδα οξεοάντοχων βακίλλων, προκαλεί συνήθως αναπνευστική λοίμωξη κυρίως όμως βρίσκονται στην γαστρεντερική οδό, στους λεμφαδένες και στο μυελό των οστών.

Οι περισσότεροι άρρωστοι με AIDS έχουν εκτεταμένη νόσο την ώρα της διάγνωσης και συχνά είναι πολύ αδύνατοι.Οι λοιμώξεις απο ΟΜΠ έχουν γενικά υψηλή θνητότητα .Θεραπεία δεν έχει σαφώς καθοριστεί και περιλαμβάνει πολυφαρμακευτικά σχήματα που χορηγούνται για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Β. Γαστρεντερικές εκδηλώσεις.

Οι γαστρεντερικές εκδηλώσεις του AIDS περιλαμβάνουν ανορεξία , ναυτία , εμέτους , στοματική και οισοφαγική καντιντίαση και χρόνια διάρροια.Η διάρροια αποτελεί πρόβλημα για το 50 – 90 % όλων των αρρώστων με AIDS .Τα γαστρεντερικά συμπτώματα μπορεί να οφειλονται στην άμεση δράση στο καλυπτικό εντερικό επιθήλιο του ίδιου του HIV ή ακόμα του τοιχωματικού κρυπτοσπορίδιου , της σαλμονέλλας , του μεγαλοκυτταροϊού , του κλωστηριδίου difficile ή του Mycobacterium Avium – Intracellulare.Αν και πολλοί τύποι λοιμογόνου διάρροιας απαντούν στην θεραπεία δεν είναι ασύνηθες για τις λοιμώξεις αυτές να υποτροπιάζουν και να γίνονται χρόνια πρόβλημα.

Η στοματική καντιντίαση , μια μυκητιακή λοίμωξη , είναι σχεδόν καθολική στους αρρώστους με AIDS και καταστάσεις που σχετίζονται με AIDS.Συχνά η ανάπτυξη της προηγείται άλλων απειλητικών της ζωής λοιμώξεων.Χαρακτηρίζεται απο την παρουσία αφρογαλακτωδών λευκών πλακών στην στοματική κοιλότητα.

Αν μείνει χωρίς θεραπεία , επελτείνεται και καταλαμβάνει τον οισοφάγο.

Τα σημεία και συμπτώματα περιλαμβάνουν δύσκολη και επώδυνη κατάποση και οπισθοστερνικό πόνο.Μερικοί άρρωστοι αναπτύσσουν ελκωτικές αλλοιώσεις και είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε διασπορά της καντιντίαςης σε άλλα συστήματα του σώματος.

Γ. Νευρολογικές εκδηλώσεις.

Ένα 50-60% αρρώστων με AIDS βιώνει κάποιο είδος νευρολογικής συμμετοχής κατα την διάρκεια της πορείας λοίμωξης με HIV.Άλλα 20-30% έχουν νευρολογική εμπλοκή χωρίς εμφανή σημεία και συμπτώματα.Οι νευρολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν τόσο την κεντρική και περιφερική όσο και την αυτόνομη λειτουργία.Η νευροπαθολογία είναι αποτέλεσμα άμεσης επίδρασης του HIV στο νευρικό σύστημα ή απάντησης του ανοσοποιητικού συστήματος στη λοίμωξη HIV και περιλαμβάνει φλεγμονή , ατροφία , απομυελίνωση , εκφύλιση και νέκρωση.Άλλες εκδηλώσεις σχετίζονται με λοιμώξεις ή κακοήθειες που αναπτύσσονται στο νευρικό σύστημα.

Η κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα , η τέταρτη πιο συχνή ευκαιριακή λοίμωξη σε αρρώστους με AIDS χαρακτηρίζεται απο συμπτώματα όπως πυρετός , πονοκέφαλος , κακουχία , δυσκαμψία αυχένα , ναυτία , εμέτους , μεταβολές στην διανοητική κατάσταση και σπασμούς .Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού(Σαχίνη Άννα και συν .,1997).

Η εγκεφαλοπάθεια HIV συμβαίνει στο 40-65% αρρώστων με AIDS.Είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται απο προοδευτική έκπτωση των γνωσιακών και κινητικών λειτουργιών.Τα πρώιμα συμπτώματα περιλαμβάνουν ελλείματα μνήμης , πονοκέφαλο, δυσκολία στην συγκέντρωση , προοδευτική σύγχυση , ψυχοκινητική επιβράδυνση , απάθεια και αταξία.Τα όψιμα στάδια της εγκεφαλοπάθειας HIV περιλαμβάνουν σφαιρικές γνωσιακές διαταραχές , καθυστέρηση στις με λόγια απαντήσεις , όψη κενού βλέμματος, σπαστική παραπάρεση, αύξηση των αντανακλαστικών , ψύχωση , ψευδαισθήσεις , τρόμο , απώλειες,σπασμούς , αλαλία και θάνατο

.Η εκτεταμένη νευρολογική αξιολόγηση περιλαμβάνει έλεγχο με υπολογιστική τομογραφία , που μπορεί να δείξει διάχυτη εγκεφαλική ατροφία και κοιλιακή μεγέθυνση , μαγνητική τομογραφία , εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού και βιοψία εγκεφάλου.

Η προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια είναι μια απομυελινωτική διαταραχή του κεντρικού νευρικού συστήματος που συνδέεται με AIDS. Η διαταραχή αυτή , που οφείλεται σε ιο , αρχίζει συνήθως με διανοητική σύγχυση και ταχέως εξελίσσεται σε τύφλωση , αφασία , πάρεση και τελικά θάνατο.

Άλλες λοιμώξεις του νευρικού συστήματος στα πλαίσια HIV- λοίμωξης είναι οι οφειλόμενες στο παράσιτο *Toxoplasma gondii* και στο μύκητα *cryptococcus neoformans* .

Άλλες νευρολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν τόσο κεντρικές όσο και περιφερικές νευροπάθειες. Η αγγειακή μυελοπάθεια είναι μια εκφυλιστική διαταραχή που προσβάλλει τις πλάγιες και οπίσθιες στήλες του νωτιαίου μυελού , με αποτέλεσμα προοδευτική σπαστική παραπάρεση , αταξία και απώλειες. Η περιφερική νευροπάθεια που σχετίζεται με HIV πιστεύεται ότι είναι απομυελινωτική διαταραχή , που εκδηλώνεται με επώδυνη αιμοδία στα άκρα, αδυναμία , μειωμένα εν τω βάθει τενόντια αντανακλαστικά , ορθοστατική υπόταση και ανικανότητα.

Δ. Κακοήθειες

Τα άτομα με AIDS έχουν ψηλότερη από τη συνηθισμένη επίπτωση καρκίνου. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε σε πιθανή άμεση καρκινογόνο δράση του HIV, είτε στην υποκείμενη ανοσιακή ανεπάρκεια , που επιτρέπει καρκινογόνους παράγοντες , όπως ιούς , να μετατρέπουν ευπαθή κύτταρα σε κακοήγη. Το σάρκωμα Kaposi και ορισμένοι τύποι λεμφωμάτων Β-κυττάρου συμπεριλαμβάνονται στην ταξινόμηση του CDC για τις κακοήθειες που σχετίζονται με AIDS . Επίσης συμβαίνουν συχνότερα σε αρρώστους με AIDS τα εξής καρκινώματα : δέρματος , στομάχου , παγκρέταος , ορθού και κύστης , το σάρκωμα Kaposi , η πιο συχνή κακοήθεια που συμβαίνει στην λοίμωξη HIV , εμπλέκει την ενδοθηλιακή στιβάδα αιμοφόρων και λεμφικών αγγείων. Το KS ποικίλει από εντοπισμένη αλλοίωση ως διεσπαρμένη νόσο , που προσβάλλει πολλαπλά συστήματα οργάνων. Η εντόπιση και το μέγεθος ορισμένων αλλοιώσεων μπορεί να οδηγήσει σε φλεβική στάση , λεμφοίδημα και πόνο. Ελκωτικές αλλοιώσεις προκαλούν ρίξη του δέρματος και αυξάνουν την δυσχέρεια και την ευπάθεια σε λοιμώξεις. Οι πιο κοινές εντοπίσεις σπλαχνικής εμπλοκής περιλαμβάνουν λεμφαδένες, γαστρεντερικό σωλήνα και πνεύμονες. Η προσβολή εσωτερικών οργάνων οδηγεί τελικά σε ανεπάρκεια οργάνου , αιμοραγία , λοίμωξη και θάνατο. Η διάγνωση του KS επιβεβαιώνεται με βιοψία των προσβεβλημένων οργάνων (Σαχίνη Άννα και συν., 1997).

Τα λεμφώματα Β-κυττάρων είναι οι δεύτερες πιο κοινές κακοήθειες που συμβαίνουν στον πληθυσμό των ασθενών με AIDS. Τα λεμφώματα αυτά συχνά διαφέρουν από εκείνα που εμφανίζονται στο γενικό πληθυσμό. Έχουν την τάση να αναπτύσσονται έξω από τους λεμφαδένες , κύρια στον εγκέφαλο , το μυελό των οστών και το γαστρεντερικό σωλήνα. Είναι ψηλότερου βαθμού κακοήθειας που σημαίνει επιθετική ανάπτυξη και αντίσταση στη θεραπεία. Η πορεία τους περιλαμβάνει πολλαπλές εντοπίσεις και επιπλοκές που σχετίζονται με ανάπτυξη ευκαιριακών λοιμώξεων.

Ε. Δερματικές εκδηλώσεις

Με τη λοίμωξη HIV και τις συνοδές ευκαιριακές λοιμώξεις και κακοήθειες συνδέονται δερματικές εκδηλώσεις. Ευκαιριακές λοιμώξεις, όπως έρπητας ζωστήρας και απλώς έρπητας, χαρακτηρίζονται από επώδυνες φυσαλίδες που προκαλούν ρήξη του δέρματος. Η μολυσματική τέρμινθος είναι ιογενής λοίμωξη που χαρακτηρίζεται από σχηματισμό παραμορφωτικών πλακών. Η σμηγματορροϊκή δερματίτιδα συνδέεται με ένα σκληρό, δυάχτυο, απολεπιζόμενο εξάνθημα, που περιλαμβάνει το τριχωτό της κεφαλής και το πρόσωπο. Οι άρρωστοι με AIDS μπορεί επίσης να παρουσιάσουν γενικευμένη θυλακίτιδα, που χαρακτηρίζεται από ξηρό απολεπιδούμενο δέρμα, ή έκτοπη δερματίτιδα, όπως έκζεμα ή ψωρίαση. Τέλος, ένα 60% των αρρώστων που θεραπεύονται με τριμεθωπρίμη – σουλφαμεθοξαζόλη (TMP / SMZ) για πνευμονία από P. Carini, αναπτύσσουν φαρμακευτικό εξάνθημα.

ΣΤ. Λοιμώξεις γυναικείων γεννητικών οργάνων

Επίμονη, υποτροπιάζουσα κολπική καντιντίαση μπορεί να είναι το πρώτο σημείο λοίμωξης στις γυναίκες. Οι αλλοιώσεις της κολπικής καντιντίας και του έρπητα γεννητικών οργάνων μπορεί να είναι μεγάλες, βαθιές, επώδυνες αλλοιώσεις, που απαιτούν συνεχή θεραπεία. Στις γυναίκες αυτές είναι πιο βαριές οι ελκωτικές νόσοι που μεταδίδονται σεξουαλικά (Σαχίνη Άννα και συν., 1997).

Ο ανθρώπιος παπilloμαϊός και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας έχουν μεγαλύτερη επίπτωση σε αυτές τις γυναίκες.

Ζ. Χρόνιες νόσοι

Όλοι σχεδόν οι άρρωστοι με AIDS αναπτύσσουν τουλάχιστον μια ευκαιριακή λοίμωξη κατά την διάρκεια της πορείας της νόσου τους. Αν και πολλές λοιμώξεις αντιμετωπίζονται θεραπευτικά με επιτυχία, ορισμένες δεν θεραπεύονται πλήρως και αναπτύσσουν δεύτερη λοίμωξη ή κακοήθεια. Η θεραπεία συχνά επιπλέκεται από σημεία και συμπτώματα λοίμωξης HIV, που περιλαμβάνουν κόπωση, πονοκέφαλο, άφθονου νυχτερινούς ιδρώτες, ανεξήγητη απώλεια βάρους, ξηρό βήχα, βράγχυνση αναπνοής, μεγάλου βαθμού αδυναμία, διάρροια και επίμονη λεμφαδενοπάθεια. Όταν οι ευκαιριακές λοιμώξεις και τα συμπτώματα του αρρώστου δεν υποχωρούν, αναπτύσσεται χρόνια νόσος (Σαχίνη Άννα και συν., 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3

*Σημαντικά μέτρα στον τομέα της
πρόληψης*



Η ταχύτατη εξάπλωση της λοίμωξης και νόσου HIV σε κάθε περιοχή της γης και σε κάθε πληθυσμιακή ομάδα , σε συνάρτηση με την έλλειψη αποτελεσματικού εμβολίου , για πρόληψη της λοίμωξης ή για θεραπεία μετά την λοίμωξη , επιβάλλουν την προληπτική αντιμετώπιση του προβλήματος ως κύριο μέσο προστασίας του πληθυσμού.

3.1 Κύριες Πρεσεγγίσεις

Η πρόληψη της λοίμωξης HIV , όπως και των άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών μπορεί να προσεγγισθεί με τρεις τρόπους :

α. Καμπάνιες πληροφόρησης που παρέχουν τα βασικά στοιχεία για την πρόληψη και την μετάδοση της λοίμωξης HIV , όπως και των άλλων μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η εστίαση γίνεται στην αύξηση του επιπέδου γνώσης.

β. Προγράμματα εκπαίδευσης και επικοινωνίας σχεδιασμένα ώστε να βοηθούν τους ανθρώπους να διαμορφώνουν και να διατηρούν τις συμπεριφορές που προάγουν την υγεία και να τροποποιούν τις πρακτικές που ενέχουν κίνδυνο μετάδοσης. Η εστίαση εδώ είναι στις στάσεις , τα κίνητρα και τη δέσμευση.

γ. Συμβουλευτική (που συχνά συνδυάζεται με την HIV εξέταση) σχετικά με τους παράγοντες και τις πιθανότητες κινδύνου. Εδώ η εστίαση βρίσκεται στην υποστήριξη για δράση.

Παροτι οι τρεις αυτές προσεγγίσεις, επικαλύπτονται σε κάποια σημεία συνήθως απευθύνονται στους ανθρώπους με διαφορετικό βαθμό προσωπικής επαφής. Οι καμπάνιες πληροφόρησης στοχεύουν σε μεγάλες ομάδες ανθρώπων με έναν απρόσωπο τρόπο , χρησιμοποιώντας τα Μ.Μ.Ε. ή διανέμοντας έντυπο υλικό. Τα προγράμματα ενημέρωσης και επικοινωνίας συχνά απευθύνονται σε μικρότερες ομάδες ανθρώπων με κάποια μορφή προσωπικής επαφής με τα άτομα που υλοποιούν το πρόγραμμα και τους εκπαιδευτές.

3.2 Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση για τους τρόπους μετάδοσης του ιού και για τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να ελαττωθεί ή και να εξαφανισθεί η έκθεση σε αυτόν είναι το πιο σημαντικό μέσο περιορισμού της διασποράς του. Μία τέτοια εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει τα άτομα που η συμπεριφορά τους τα εκθέτει στον κίνδυνο της λοίμωξης. Καθώς η σεξουαλική συμπεριφορά είναι θέμα προσωπικό η εκπαίδευση πρέπει να απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό ώστε να έχουν πρόσβαση εκείνοι οι οποίοι βρίσκονται σε κίνδυνο. Οι έφηβοι και οι ενήλικες που μπαίνουν στην ηλικία της σεξουαλικής δραστηριότητας πρέπει να τυγχάνουν ιδιαίτερης προσοχής. Συγκεκριμένα τα εκπαιδευτικά μηνύματα πρέπει να είναι κατανοητά σαφή και ακριβή και να έχουν απαιτούμενη ευαισθησία. (ΠΟΥ , 1991 β). Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να δίνουν πληροφορίες στα άτομα , οι οποίες τα βοηθούν να κατανοήσουν τις συνέπειες της λοίμωξης και με αυτό το τρόπο να τα ωθήσουν να τροποποιήσουν τη σεξουαλική τους συμπεριφορά με στόχο την ελάττωση του κινδύνου μόλυνσης. (ΠΟΥ , 1991 β).

Επιπλέον μέρος αυτών των προγραμμάτων πρέπει να είναι και η εξάσκηση και σε διαπροσωπικές δεξιότητες όπως συζητήσεις για σεξουαλικές πρακτικές , συζητήσεις με τον σύντροφο για την αποφυγή κινδύνων κλπ (ΠΟΥ , 1991β).

3.3 Επαγρύπνηση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας

Η εξέλιξη της επιδημίας συνήθως παρακολουθείται με την υποχρεωτική δήλωση των κρουσμάτων. Στην Ελλάδα η δήλωση γίνεται στην Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου υγείας απο τον θεράποντα ιατρό σε ειδικό επιδημιολογικό δελτίο με κώδικα. Το όνομα του ασθενούς δεν αναφέρεται. Αφου αξιολογηθούν απο την εθνική επιτροπή AIDS τα κρούσματα δηλώνονται στην συνέχεια στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. (τα κέντρα ανάφορας AIDS αναφέρουν περιδικά μόνο το συνολικό αριθμό των ανευρισκόμενων φορέων) (Παπαευαγγέλου , 1989).

3.4 Μαζική Παρέμβαση

Πρόκειται για το είδος εκείνο της παρέμβασης που απευθύνεται σε μεγάλο αριθμό απδεκτών ή σε ανοιχτά ακρωατήρια με σκοπό την ενημέρωση , την ευρεία συζήτηση την ανακοίνωση των ενημερωτικών στοιχείων κτλ.(Δημητρόπουλος , 1999). Όπως έχει ήδη ειπωθεί , η ενημέρωση του πληθυσμού για τη φύση της νόσου , τους τρόπους μετάδοσης της , τα μέσα προφυλάξεως και τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις του προβλήματος αποτελεί το σημαντικότερο μέτρο αντιμετώπισης της πανδημίας.

Η ενημέρωση , γενικότερα έχει σαν στόχο την τροποποίηση των μορφών συμπεριφοράς που εκθέτουν το άτομο σε λοίμωξη και παράλληλα στην αποτροπή του πανικού ή λανθασμένης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς και τους φορείς. Μια ενημερωτική εκστρατεία , θα πρέπει λοιπον να απευθύνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό ενώ θα ήταν αποτελεσματικότερο να εξειδικευθεί για καθε ειδική ομάδα «υψηλού κινδύνου». Ειδική ενημέρωση χρειάζονται επίσης οι ταξιδιώτες απο χώρες όπου η νόσος θεωρείται ενδημική, οι ναυτικοί καθώς και οι κάτοικοι τουριστικών περιοχών. Πρέπει να εκπαιδευτεί σωστά τέλος και το υγειονομικό προσωπικό της χώρας ώστε να εξαλειφθούν φαινόμενα αδικαιολόγητου πανικού και λανθασμένης συμπεριφοράς απέναντι σε άτομα με λοίμωξη και νόσο HIV(Παπαευαγγέλου 1989).

Μια ενημερωτική εκστρατεία πρέπει να οργανώνεται σε διάφορα επίπεδα και να αξιοποιεί διάφορα μέσα. Ακόμη , πρέπει να επαναλαμβάνεται και να εναλλάσσει τα μηνύματά της προκειμένου να συμβάλλει στην τροποποίηση της επικίνδυνης συμπεριφοράς. Κάποια απο τα μέσα που χρησιμοποιούνται είναι τα εξής :

α. *Ενημερωτικές διαφάνειες και φυλλάδια.* Υπάρχουν φυλλάδια που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό καθώς επίσης και ειδικά φυλλάδια που έχουν δημιουργηθεί για στρατιώτες , ναυτικούς, καθηγητές μέσης εκπαίδευσης, τοξικομανείς, ομοφυλόφιλους, νοσηλευτές ή άτομα που φροντίζουν ασθενείς ή φορείς του HIV.

β. *Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.* Τα Μ.Μ.Ε. συμβάλλουν καθοριστικά στην μετάδοση μηνυμάτων. Προγράμματα στην τηλεόραση και το ραδιόφωνο καθώς και διαφημιστικά (spots ή video) μπορούν να συμβάλλουν στην διαμόρφωση ή τροποποίηση μιας συμπεριφοράς.

γ. *Αφίσες.* Η επικόλληση αφισών σε κατάλληλους χώρους συμβάλλει στην υγειονομική διαφώτιση.

δ. *Σεμινάρια και διαλέξεις.* Η οργάνωση σεμιναρίων και διαλέξεων μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην τροποποίηση μιας επικίνδυνης συμπεριφοράς. Επιπλέον, στελέχη υγειονομικών υπηρεσιών, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι ακόμη και εθελοντές μπορεί να χρησιμοποιηθούν –αφού ειδικευτούν– προκειμένου να ενημερώνουν προσωπικά άτομα που αναζητούν πληροφορίες σχετικά με το θέμα.

ε. *Έρευνα.* Από την στιγμή της εμφάνισης του ιού έως σήμερα έχουν διεξαχθεί πάρα πολλές έρευνες. Σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, ανακαλύφθηκε ο υπεύθυνος αιτιολογικός παράγοντας ενώ διευρνήθηκε με κάθε λεπτομέρεια η μοριακή βιολογία του ιού. Παράλληλα άρχισε η δημιουργία ειδικών αντιϊκών φαρμάκων. (Παπαευαγγέλου, 1989)

3.5 Πρόληψη της Μετάδοσης με Μολυσμένο Αίμα και Παράγωγα του Πλάσματος

Η επιβολή υποχρεωτικού ελέγχου των αιμοδοτών έχει περιορίσει την μετάδοση του ιού με μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του. Παρόμοιοι έλεγχοι έχουν επιβληθεί και για μεταμοσχεύσεις οργάνων ή ιστών καθώς και για τράπεζες αίματος (Παπαευαγγέλου 1989).

Η διαδικασία της πρόληψης στον συγκεκριμένο τομέα περιλαμβάνει, σύμφωνα με τον Δαρδαβέση (1999), τα ακόλουθα :

α. Προσεκτική επιλογή αιμοδοτών.

β. Αποκλεισμό από την αιμοδοσία τουριστών και ναυτικών ή ατόμων που προέρχονται από χώρες που παρουσιάζουν επιπολασμό της λοίμωξης HIV.

γ. Αποκλεισμό από την αιμοδοσία ατόμων που θεωρείται ότι ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

δ. Αυστηρή τήρηση των κανόνων αιμοδοσίας.

ε. Αυστηρό εργαστηριακό έλεγχο του μεταγγιζόμενου αίματος.

Στη χώρα μας η αιμοδοσία αποτελεί τη μοναδική περίπτωση όπου πραγματοποιείται ατομική συμβουλευτική συνεντεύξη υποχρεωτικά.

3.5.1 Πρόληψη της Περιγεννητικής Μετάδοσης

Στο πλαίσιο της περιγεννητικής μετάδοσης περιλαμβάνεται η ενημέρωση των εγκύων γυναικών σχετικά με την λοίμωξη HIV οι οποίες παράλληλα προτρέπονται να κάνουν έλεγχο για λοίμωξη στην αρχή της εγκυμοσύνης. Στις περιπτώσεις οροθετικών εγκύων πρέπει να εφαρμόζεται αντιρετροϊκή θεραπεία ώστε να περιοριστούν οι πιθανότητες μετάδοσης του ιού στο έμβρυο. Μετα τον τοκετό συνιστάται η αποφυγή του θυλασμού. (Δαρδαβέσης, 1999).

Η συμβουλευτική υποστήριξη θα πρέπει να είναι στην διάθεση των εγκύων γυναικών, όπως και κάθε άλλου ατόμου, είτε όταν απαιτείται ενημέρωση σχετικά με την λοίμωξη HIV, είτε όταν έχει ήδη συντελεσθεί.

3.5.2. Πρόληψη με Προσυμπτωματικό Έλεγχο

Η προληπτική αυτή μέθοδος έχει ως στόχο τον εντοπισμό φορέων σε διάφορες κοινωνικές ομάδες (screening) ή σε μεμονωμένα άτομα (testing). Για να εφαρμοστεί μια τέτοια μέθοδος θα πρέπει προηγουμένως να εκπαιδευτεί και να

διαφωτιστεί προκειμένου να κατανοήσει την αναγκαιότητα αυτής της μεθόδου πρόληψης.

Οι ομάδες πληθυσμού στις οποίες συνιστάται προσυμπτωματικός έλεγχος είναι αυτές που χαρακτηρίζονται υψηλού κινδύνου

(ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες και οι σεξουαλικοί τους σύντροφοι , χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και οι σεξουαλικοί τους σύντροφοι , σεξουαλικοί σύντροφοι φορέων HIV , ιερόδουλες , άτομα που υποβλήθηκαν σε μεταγίσεις κατά την περίοδο 1979-1985 , άτομα που προέρχονται από χώρες με έντονο πρόβλημα AIDS) (Δαρδαβέσης , 1999).Και σε αυτή την περίπτωση ο ρόλος της Συμβουλευτικής θα πρέπει να είναι δυναμικός.

3.5.3. Πρόληψη Μεταδοσης Στους Χρήστες Ενδοφλεβίων Ναρκωτικών

Η συμβουλευτική θα πρέπει να είναι διαθέσιμη τόσο σε θεωρητικό επίπεδο (προκειμένου για το σχεδιασμό οποιουδήποτε προγράμματος παρέμβασης), όσο και σε επίπεδο πρακτικής παρέμβασης (προκειμένου για την υλοποίηση οποιουδήποτε προγράμματος παρέμβασης). Τα προγράμματα πρόληψης της μετάδοσης του HIV στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών , στο έργο Friedman et al. (1989) , διακρίνονται ως προς :

α. Τον προσανατολισμό τους στην διακοπή της χρήσης ή στην μείωση των κινδύνων για όσους εξακολουθούν την χρήση.

β. Την χρήση κάποιου από τα παρακάτω : αποτροπής , ανάπτυξης δεξιοτήτων , χαρακτηριστικών της ομάδας , κοινωνικής υποστήριξης , παροχής κινήτρων μείωσης κινδύνων.

γ. Την προσπάθεια αλλαγής : του περιβάλλοντος , της χρήσης , της υποκουλτούρας της χρήσης ή της υποκουλτούρας του ατόμου.

δ. Το διοικητικό και νομικό έλεγχο των προγραμμάτων που μπορεί να βρίσκεται είτε στα χέρια των ειδικών , είτε στα χέρια των ίδιων των χρηστών.

Μερικά από τα μέτρα πρόληψης που αφορούν στην χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών είναι :

Εφαρμογή προγραμμάτων όπου θα παρέχονται δωρεάν σύριγγες.

Η προμήθεια συριγγών και βελόνων θεωρείται το σπουδαιότερο μέτρο για την μείωση της διασποράς του HIV μεταξύ των τοξικομανών. Σήμερα , σε πολλές χώρες , μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης πωλούνται ελεύθερα οι σύριγγες και οι βελόνες στα φαρμακεία. Υπάρχουν όμως και ειδικές κλινικές από τις οποίες μπορούν να τις προμηθευτούν οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών.

Επιπλέον εφαρμόζονται ειδικά προγράμματα όπου η δωρεάν διανομή συριγγών γίνεται από ειδικά κέντρα , αφού όμως επιστραφούν σύριγγες που έχουν ήδη επιστραφεί. Με αυτό τον τρόπο οι χρήστες έρχονται σε επαφή με τα σχετικά κέντρα και πληροφορούνται για τις υπηρεσίες τους καθώς και για τα μέσα που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν προκειμένου να αποτοξινωθούν. Παράλληλα , ενημερώνονται για τους τρόπους πρόληψης του AIDS (Παπαευαγγέλου κ.α. , 1995).

Επέκταση των προγραμμάτων αποτοξίνωσης και ένταξη των χρηστών σε προγράμματα μεθαδόνης.

Σε όλες τις χώρες – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης χορηγείται η μεθαδόνη υπο συγκεκριμένες και αυστηρά καθορισμένες προϋποθέσεις.

Η χρήση της μεθαδόνης αφορά στην προσωρινή αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων της ηρωΐνης. Το θέμα της επέκτασης των προγραμμάτων μεθαδόνης έγινε επίκαιρο με την εμφάνιση του AIDS , αφού η χορήγηση της γίνεται από το στόμα. Παντως , σε αρκετές χώρες η χρήση της είναι αρκετά διαδεδομένη αφού η χορήγηση της απαιτεί μόνο ειδική ιατρική συνταγή (Παπαευαγγέλου κ.α. , 1995).

Προμήθεια προφυλακτικών.

Οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών αποτελούν την βασική αιτία διασποράς του HIV στον ετερόφυλο πληθυσμό , αφού μεταδίδουν τον ιο όχι μόνο αιματογενώς αλλά και με την σεξουαλική οδό. Γι αυτό πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες για την εφαρμογή μεθόδων ασφαλούς σεξ. Ένας τρόπος για να διευκολυνθεί αυτό είναι με την προμήθεια προφυλακτικών η οποία πρέπει να είναι ελεύθερη και εύκολη. Η προμήθεια των προφυλακτικών πρέπει να γίνεται από τα φαρμακεία και από άλλες πηγές καθώς και από αυτόματους πωλητές. Η διασπορά του AIDS μπορεί να περιοριστεί και με την προμήθεια προφυλακτικών και συριγγών μέσα στις φυλακές όμως μόνο σε μερικές χώρες εφαρμόζονται τέτοια προγράμματα. (Παπαευαγγέλου κ.α. , 1995).

Οργάνωση δικτύου θεραπευτικών κοινοτήτων.

Η δημιουργία δικτύου θεραπευτικών κοινοτήτων θεωρείται αναγκαιότητα. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν ιδρυθεί πολλές θεραπευτικές κοινότητες με πρωτοβουλία που ανήκει σε εθελοντικές κυρίως οργανώσεις. Στην Ελλάδα , έχουν ιδρυθεί θεραπευτικές κοινότητες για πολλές ομάδες χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών σε διάφορες περιοχές της χώρας (Παπαευαγγέλου κ.α. , 1995).

Προσπάθειες για την κοινωνική επανένταξη των χρηστών.

Μ αυτό τον τρόπο , μειώνονται οι πιθανότητες διασποράς του ιού αφού το άτομο επανεντάσσεται κοινωνικά και διακόπτει ή τουλάχιστον προσπαθεί να διακόψει την χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών.

3.5.4. Πρόληψη σε Περιπτώσεις Κρούσματος

Όταν σε κάποιο άτομο ανιχνεύονται αντισώματα του HIV πρέπει , σύμφωνα με τον (Δαρδαβέση , 1999) , να γίνουν οι εξής ενέργειες :

- α.** Πρέπει να δηλωθεί στην αρμόδια υγειονομική υπηρεσία.
 - β.** Πρέπει να ληφθούν μέτρα ώστε να προληφθούν διάφορα μεταδιδόμενα νοσήματα (τα οποία μεταδίδονται με το αίμα).
 - γ.** Πρέπει να γίνεται απολύμανση σε μολυσμένα από αίμα ή άλλα σωματικά υγρά , αντικείμενα.
 - δ.** Ο ασθενής καθώς και οι ερωτικοί του σύντροφοι πρέπει να ενημερωθούν ώστε να αποκλειστούν από αιμοδότες , δωρητές ιστών , οργάνων , σπέρματος. κτλ.
 - ε.** Οι ασθενείς είναι απαραίτητο να υποβληθούν σε αντιρετροϊκή αγωγή.
- Είναι , πιστεύουμε , αυτονόητο ότι η ενημέρωση τόσο του ασθενούς , όσο και των συντρόφων του θα πρέπει να γίνεται από προσωπικό εξειδικευμένο στη Συμβουλευτική.

3.5.5. Προφυλάξεις Ατόμων που Πάσχουν απο Λοίμωξη ή / και Νόσο HIV

Τα άτομα που πάσχουν απο λοίμωξη ή και νόσο HIV πρέπει να έρχονται σε επαφή με κάποιο λειτουργό εξειδικευμένο στη Συμβουλευτική που σχετίζεται με το συγκεκριμένο πρόβλημα. Ο λειτουργός αυτός έχει καθήκον να φροντίσει , μεταξύ άλλων , για την ενημέρωση των ενδιαφερομένων σχετικά με τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να προφυλάξουν τον εαυτό τους και τους άλλους.

Για το σκοπό αυτό , η ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να τηρούν τις ακόλουθες αρχές προφύλαξης. (Δαρδαβέσης , 1999) :

- α.** Τήρηση των κανόνων υγιεινής.
- β.** Προφύλαξη απο διάφορες ασθένειες και λοιμώξεις
- γ.** Αποφυγή κόπωσης.
- δ.** Καλή διατροφή και ειδική δίαιτα όταν αυτό απαιτείται.
- ε.** Χρησιμοποίηση βελόνων και συριγγών μιας χρήσης καθώς και αποκλειστική χρησιμοποίηση των ατομικών ειδών υγιεινής.
- στ.** Επιλογή σταθερού ερωτικού συντρόφου και αποφυγή συχνής εναλλαγής ερωτικών συντρόφων.
- ζ.** Χρήση προφυλακτικών στις σεξουαλικές επαφές και λήψη μέτρων προκειμένου να αποφευχθεί η εγκυμοσύνη.
- η.** Αποφυγή του μητρικού θηλασμού.
- θ.** Ενημέρωση ερωτικών συντρόφων ή ατόμων με τα οποία έκαναν κοινή χρήση ναρκωτικών.
- ι.** Απολύμανση επιφανειών που έχουν έρθει σε επαφή με αίμα ή άλλα υγρά του σώματός τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4

AIDS & ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ



4.1 Η εξέλιξη της φαρμακευτικής θεραπείας

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του AIDS ξεκίνησε σχεδόν αμέσως μετά την εμφάνιση της επιδημίας και φτάσαμε να διαθέτει η επιστήμη σήμερα αρκετά φάρμακα που καταπολεμούν τον ιο , χωρίς όμως να θεραπεύουν τον ασθενή. Πάντως , όπως όλα τα φάρμακα , έτσι και αυτά έχουν παρενέργειες , και για τούτο καταβάλλονται προσπάθειες να δημιουργηθούν άλλα , πιο αβλαβή για τους ασθενείς . Η φαρμακευτική θεραπεία του AIDS άρχισε με τη ανακάλυψη στη δεκαετία του '80 της ζιδοβουδίνης (AZT) , του πρώτου φαρμάκου που μπορούσε να επηρεάσει τον πολλαπλασιασμό του ιού HIV που προκαλεί το AIDS . Η χρήση του βοήθησε στην προσωρινή μόνο βελτίωση της κατάστασης των ασθενών , γιατί αργά ή γρήγορα εμφανιζόταν ανοχή του ιού στο φάρμακο (Λελέκης Μ. , 2002) .

Ακολούθησε η ανακάλυψη και άλλων φαρμάκων της ίδιας κατηγορίας με το AZT , χωρίς πάντως εντυπωσιακή αλλαγή στην προοπτική των ασθενών .

Η **σημαντική** στιγμή στη θεραπεία του AIDS ήταν η χρησιμοποίηση το 1996 μιας νέας ομάδας φαρμάκων , των αναστολέων της πρωτεάσης . Τα φάρμακα αυτά έχουν τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην καταστολή του πολλαπλασιασμού του ιού και η χρήση τους σε συνδυασμό τριών φαρμάκων με τα ήδη υπάρχοντα (τα γνωστά στο κοινό σαν «κοκτεϊλ» φαρμάκων) είχε την δυνατότητα να εξαφανίζει τον ιο από το αίμα και να βοηθά στη βελτίωση τόσο της γενικής καταστασης του ασθενούς όσο και της κατάστασης της άμυνας του οργανισμού (Λελέκης Μ. , 2002) .

Ποιά είναι η κατάσταση σήμερα ; Διαθέτουμε τρεις κατηγορίες φαρμάκων (15 φάρμακα συνολικά) τα οποία , χορηγούμενα πάντα σε συνδυασμό (τριπλό τουλάχιστον) , καταφέρνουν μεν να βελτιώνουν εντυπωσιακά την κατάσταση και τις προοπτικές του ασθενούς , αλλά δεν είναι ικανά να εκριζώσουν τον ιο , να επιταχύνουν δηλαδή την οριστική ίαση .

Θα μπορούσε να πει κανείς ότι με τις υπάρχουσες θεραπευτικές δυνατότητες το AIDS έχει γίνει μια χρόνια νόσος , όπως ο σακχαρώδης διαβήτης ή η υπέρταση , στην οποία ο ασθενής είναι σε πολλή καλή (πρακτικά φυσιολογική) κατάσταση όσο παίρνει τα φάρμακά του , χωρίς ποτέ να απαλλάσσεται από τη νόσο και με τη σημαντική διαφορά ότι παραμένει πάντα μολυσματικός , με ότι αυτό συνεπάγεται .

Η πραγματικά σημαντική πρόοδος που σημειώθηκε στη θεραπεία του AIDS έχει βέβαια και τα προβλήματά της . Η χορήγηση συνδυασμών φαρμάκων συνεπάγεται την χορήγηση συνήθως μεγάλου αριθμού χαπιών . Τα φάρμακα έχουν συχνά ιδιαιτερότητες όσον αφορά τη λήψη τους (κάποια χρειάζονται άδειο στομάχι και άλλα τη λήψη τροφής) . Υπάρχουν αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα που μπορεί να λαμβάνει ο ασθενής (Λελέκης Μ. , 2002) .

Επιπλέον όπως και όλα τα φάρμακα , έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες που σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι σοβαρές , ενώ για ορισμένα από αυτά που εισήλθαν στην κλινική πράξη σχετικά πρόσφατα είναι άγνωστες οι μακροπρόθεσμες ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορούν να προκαλέσουν . Όλα αυτά τα προβλήματα έχουν συχνά αποτέλεσμα τη μη συμμόρφωση των ασθενών με τη θεραπεία . Η μη συμμόρφωση με τη θεραπεία αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα της σύγχρονης θεραπείας του AIDS και μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων λόγω της εμφάνισης ανοχής από τον ιο .

Όσον αφορά το άμεσο μέλλον της θεραπείας γίνεται καταρχάς προσπάθεια να απλουστευτεί με την χορήγηση νέων μορφών από τα ήδη υπάρχοντα φάρμακα που περιορίζουν τον αριθμό των χαπιών . Παράλληλα , υπάρχουν αρκετά νέα φάρμακα που αναμένονται να χρησιμοποιηθούν στην κλινική πράξη σχετικά σύντομα (Λελέκης Μ. , 2002)

Τα φάρμακα αυτά ανήκουν στις ίδιες κατηγορίες που είχαμε μέχρι σήμερα αλλά και σε νέες κατηγορίες που στοχεύουν σε διαφορετικά σημεία του πολλαπλασιασμού του ιού. Παρ' ότι μια αύξηση των θεραπευτικών επιλογών είναι ασφαλώς καλοδεχούμενη, ούτε με τα νέα φάρμακα φαίνεται ότι θα καταστεί δυνατόν να επιτευχθεί ο ιδανικός στόχος της θεραπείας, που είναι η εκρίζωση του ιού.

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα σχετικά με τη θεραπεία του AIDS είναι ότι, παρ' όλο που υπάρχουν πλέον φάρμακα αποτελεσματικά για το AIDS, το μέγιστο μέρος του συνολικού πληθυσμού των ασθενών που σήμερα βρίσκεται στις χώρες του Τρίτου Κόσμου, δεν έχει πρόσβαση στη θεραπεία, λόγω της οικονομικής κατάστασης αυτών των χωρών. Είναι άγνωστο ποιές μπορούν να είναι οι επιπτώσεις από τυχόν συνέχιση αυτής της ανισότητας μεταξύ των χωρών του Τρίτου Κόσμου και των αναπτυγμένων χωρών.

Συμπερασματικά, υπάρχουν σήμερα αποτελεσματικά φάρμακα για το AIDS, που προσφέρουν σημαντική βοήθεια στους ασθενείς, χωρίς όμως να λύνουν οριστικά το πρόβλημα του AIDS. Για το λόγο αυτό η προφύλαξη απέναντι στην μόλυνση από τον HIV παραμένει πάντα ο κύριος τρόπος της αντιμετώπισης της σοβαρής αυτής ασθένειας.



www.eurocharity.org

4.2 Η καθημερινότητα του ασθενή και οι προβληματισμοί του

Σε καθημερινή βάση οι ασθενείς προβληματίζονται για την εξέλιξη της θεραπείας τους και πώς αυτή θα ενσωματωθεί στην καθημερινότητά τους. Βάσει αυτών των προβληματισμών διανέμονται ενημερωτικά φυλλάδια από το Κ.Ε.Ε.Λ που βοηθούν τους ασθενείς να εφαρμόσουν καλύτερα την θεραπεία.

Ένας από τους πιθανούς προβληματισμούς αφορά στην αντιρετροϊκή θεραπεία.

Είναι η θεραπεία που δίνεται για την HIV λοίμωξη. Συνίσταται η χρήση φαρμάκων που λέγονται αντιρετροϊκά. Στόχος τους είναι να σπάσουν τον κύκλο του ιού, να σταματήσουν δηλαδή τον πολλαπλασιασμό του, χωρίς να βλάψουν τα κύτταρα του ατόμου που τα παίρνει.

Τα αντιρετροϊκά φάρμακα αποτελούνται από δυο μεγάλες κατηγορίες :

α) Τους αναστολείς ανάστροφης μεταγραφάσης στους οποίους ανήκουν τα νουκλεοσιδικά ανάλογα , τα μη νουκλεοσιδικά ανάλογα και τα νουκλεοτιδικά ανάλογα.

β) Τους αναστολείς πρωτεάσης. Οι αναστολείς της ανάστροφης μεταγραφάσης μπλοκάρουν ένα ένζυμο που λέγεται ανάστροφη μεταγραφάση και που είναι απαραίτητο για την αντιγραφή του RNA δηλαδή του γονιδιώματος του ιού , αρα και για τον πολλαπλασιασμό του. Οι αναστολείς πρωτεάσης μπλοκάρουν ένα ένζυμο που λέγεται πρωτεάση και που είναι απαραίτητο για να σπάσουν οι πρωτεΐνες που φτιαχνει ο ιός σε άλλες μικρότερες. Αρα ουσιαστικά εμποδίζουν και αυτοί τον πολλαπλασιασμό του ιού.

Εγκεκριμένα Αντιρετροϊκά Φάρμακα

Αναστολείς Πρωτεάσης			
Φάρμακο	Ενήλικη χορήγηση της δόσης	Πιθανές παρενέργειες	Σημειώσεις
Aptivus (tipranavir), από Boehringer Ingelheim	Δύο κάψουλες 250mg συν δύο κάψουλες 100mg Norvir , δύο φορές την ημέρα (συνολικά 8 χάπια ημερησίως).	Αναφυλαξία (που συμβαίνει σε 8-14% των ασθενών) ναυτία εμετός διάρροια πόνος στομαχιών κούραση πονοκέφαλος Σπανιότερα: ηπατίτιδα βλάβη συκωτιού .	Το Aptivus και Norvir πρέπει να ληφθούν με τα φαγητό, κατά προτίμηση ένα πλήρες θρεπτικό γεύμα (π.χ., πρόγευμα και γεύμα). Το Aptivus/Norvir δεν πρέπει να ληφθεί με άλλους αναστολείς πρωτεάσεων. Εάν λαμβάνεται με ddI (Videx ή Videx EC), Aptivus/Norvir πρέπει να ληφθεί τουλάχιστον δύο ώρες πριν από ή δύο ώρες μετά από να πάρει ddI.
Crixivan (indinavir), από Merck Sharp and Dohme	Δύο κάψουλες 400mg, κάθε 8 ώρες (συνολικά 6 χάπια ημερησίως), ή δύο κάψουλες 400mg Crixivan με καθε μια ή δύο κάψουλες 100mg Norvir δύο φορές την ημέρα (προτιμώτερη χορήγηση της δόσης).	Πέτρες νεφρών (που βλέπουμε σε 6 - 8% των ασθενών) ναυτία εμετός διάρροια ταλαιπωρία στομαχιών πονοκέφαλος αϋπνία αναφυλαξία πόνος στην πλάτη	Χωρίς Norvir: Πάρτε με κενό στομάχι (κανένα τρόφιμο δύο ώρες πριν ή μια ώρα μετά από τη δόση), ή με ένα ελαφρύ, χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά σνακ. Με Norvir: Πάρτε με ή χωρίς φαγητό. Πιείτε τουλάχιστον 48

			ουγγιές (έξι ποτήρια) του νερού για να αποτρέψετε καθημερινά τις πέτρες νεφρών.
Invirase (saquinavir σκληρές κάψουλες), από Hoffmann-La Roche	Το Invirase πρέπει να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με Norvir . Η εγκεκριμένη δόση είναι δύο ταμπλέτες 500mg Invirase συν μια κάψουλα 100mg Norvir, δύο φορές την ημέρα (συνολικά 6 χάπια ημερησίως).	Ναυτία διάρροια ταλαιπωρία στομαχιών αϋπνία πονοκέφαλος αυξανόμενα ενζυμικά επίπεδα συκωτιού	Το Invirase και Norvir πρέπει να ληφθούν με τα φαγητό, κατά προτίμηση ένα πλήρες θρεπτικό γεύμα (π.χ., πρόγευμα και γεύμα), ή μέσα σε 2 ώρες μετά από ένα γεύμα.
Kaletra (lopinavir + ritonavir), από Abbott Laboratories	Τρεις κάψουλες, δύο φορές την ημέρα (συνολικά 6 χάπια ημερησίως), ή, εάν αρχίζετε τη θεραπεία για πρώτη φορά, έξι κάψουλες μία φορά την ημέρα. Κάθε κάψουλα περιέχει 133.3mg lopinavir + 33.3mg ritonavir.	Διάρροια (κοινή) ναυτία αίσθημα κούρασης πονοκέφαλος Σπανιότερα: Pancreatitis	Πάρτε με ένα γεύμα ή ένα ελαφρύ σνακ. Εάν συνδυάζοντας με Sustiva (efavirenz) ή Viramune (nevirapine), η δόση πρέπει να αυξηθεί σε 4 κάψουλες, δύο φορές την ημέρα (συνολικά 8 χάπια ημερησίως). Πρέπει να μένουν στο ψυγείο για μακροπρόθεσμη αποθήκευση (μεγαλύτερη από 2 μήνες), διαφορετικά, αποθήκευση θερμοκρασίας δωματίου περίπου 22°C είναι εντάξει.
Lexiva (fosamprenavir), από GlaxoSmithKline	Δύο ταμπλέτες 700mg, δύο φορές την ημέρα (συνολικά 4 χάπια ημερησίως), ή δύο ταμπλέτες 700mg συν δύο κάψουλες 100mg Norvir , μία φορά την ημέρα (συνολικά 4 χάπια ημερησίως), ή μια ταμπλέτα 700mg συν μια κάψουλα 100mg Norvir δύο φορές την ημέρα (συνολικά 4 χάπια ημερησίως). Αυτή η	Αναφυλαξία (που συμβαίνει σε 19% των ασθενών) διάρροια ναυτία εμετός	Πάρτε με ή χωρίς φαγητό. Οι ασθενείς που έχουν πάρει προηγουμένως έναν αναστολέα πρωτεάσεων πρέπει να πάρουν μια ταμπλέτα 700mg συν μια κάψουλα 100mg Norvir δύο φορές την ημέρα (συνολικά 4 χάπια ημερησίως).

	<p>τελευταία επιλογή χορήγησης της δόσης πρέπει να χρησιμοποιηθεί για τους ασθενείς που έχουν δοκιμάσει και έχουν αποτύχει άλλους αναστολείς πρωτεάσεων στο παρελθόν.</p>		
<p>Norvir (ritonavir), από Abbott Laboratories</p>	<p>Έξι κάψουλες 100mg, δύο φορές την ημέρα (συνολικά 12 χάπια ημερησίως). Εναρξη με 3 κάψουλες, δύο φορές την ημέρα, και αύξηση στην πλήρη δόση πάνω από 14 ημέρες. Σημείωση: η πλήρης δόση Norvir χρησιμοποιείται σπάνια πλέον. Το Norvir συχνότερα χρησιμοποιείται στις πολύ χαμηλότερες δόσεις για "να ωθήσει" τα επίπεδα άλλων αναστολέων πρωτεάσεων στο σώμα.</p>	<p>Ναυτία εμετός διάρροια απώλεια όρεξης ταλαιπωρία στομαχιών στοματικό τσούξιμο και μούδιασμα αυξανόμενα ενζυμικά επίπεδα συκωτιού</p>	<p>Πάρτε με φαγητό. Τα πλούσια σε λίπη πρόχειρα φαγητά μπορούν να μειώσουν τις παρενέργειες. Οι κάψουλες και το συρόπι μπορούν να αποθηκευτούν στη θερμοκρασία δωματίου, αλλά πρέπει να καταψυχτούν στον καυτό καιρό. Το συρόπι μπορεί να αναμιχθεί με παγωτό σοκολάτας για να εξασφαλίσει τη δόση.</p>
<p>Reyataz (atazanavir), από Bristol-Myers Squibb</p>	<p>Δύο κάψουλες 200mg, μία φορά την ημέρα (συνολικά 2 χάπια ημερησίως), ή δύο κάψουλες 150mg συν μια κάψουλα 100mg Norvir, μία φορά την ημέρα (συνολικά 3 χάπια ημερησίως).</p>	<p>Αυξανόμενα επίπεδα bilirubin (μια χρωστική ουσία που βρίσκεται στο συκώτι) πονοκέφαλοι πόνος/τσούξιμο στα πόδια ναυτία διάρροια αναφυλαξία Σπανιότερα: Αλλαγές με τον τρόπο η καρδιά που σας κτυπά</p>	<p>Πάρτε με ένα ελαφρύ γεύμα. Για τους ασθενείς που έχουν πάρει τα αντιρετροϊκά φάρμακα στο παρελθόν, η συνιστώμενη δόση είναι 300mg Reyataz συν 100mg Norvir (όλα ως ενιαία δόση με τα φαγητά). Αυτός ο συνδυασμός Reyataz και Norvir συστήνεται επίσης για τους ασθενείς που χρησιμοποιούν είτε Viread (tenofovir) είτε Sustiva (efavirenz) σε μια θεραπευτική αγωγή φαρμάκων που περιλαμβάνει Reyataz.</p>
<p>Viracept (nelfinavir), από Roche</p>	<p>Δύο ταμπλέτες 625mg, δύο φορές ημερησίως (συνολικά 4 χάπια ημερησίως), ή πέντε ταμπλέτες 250mg, δύο φορές την ημέρα, ή</p>	<p>Διάρροια (κοινή) ναυτία ταλαιπωρία στομαχιών αναφυλαξία αυξανόμενα ενζυμικά επίπεδα συκωτιού.</p>	<p>Πάρτε με ένα γεύμα ή ένα ελαφρύ πρόχειρο φαγητό. Το σώμα σας απορροφά το φάρμακο καλύτερα με φαγητό στο στομάχι σας. Εάν έχετε</p>

	τρεις 250mg ταμπλέτες, τρεις φορές ημερησίως (συνολικά 9-10 χάπια ημερησίως).	το πρόβλημα καταπίνοντας τα χάπια, υπάρχει σκόνη που μπορεί να διαλυθεί στο νερό.
--	---	---

Μακροπρόθεσμες παρενέργειες των αναστολέων πρωτεάσεων: Η χρήση των αναστολέων πρωτεάσεων μπορεί να συνδεθεί με τις αλλαγές στα επίπεδα σάκχαρου αίματος (και σπάνια, ανάπτυξη διαβήτη), τις ανυψώσεις στα επίπεδα λίπους αίματος, και τις αλλαγές με τον τρόπο κατανομής του λίπους (συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης λίπους στην κοιλία και στο πίσω μέρος των ώμων καθώς επίσης και της απώλειας λίπους στα πόδια και το πρόσωπο) - δείτε το μάθημά μας σε Λιποδυστροφία. Επιπλέον, έχουν υπάρξει περιπτώσεις αιμορροφιλίας.

Νουκλεοσιδική/Νουκλεοτιδική Αναστολείς Ανάστροφης Μεταγραφής (NRTIs)

Φάρμακο	Ενήλικη χορήγηση της δόσης	Πιθανές παρενέργειες	Σημειώσεις
<u>Combivir</u> (AZT + 3TC), από <u>GlaxoSmithKline</u>	Μια ταμπλέτα (περιέχει 300mg AZT + 150mg 3TC), δύο φορές την ημέρα (συνολικά 2 χάπια ημερησίως)	<u>Ναυτία</u> απώλεια όρεξης πονοκέφαλος <u>κούραση</u> ταλαιπωρία στομαχιών Σπανιότερα: <u>Αδυναμία μυών αναιμία</u> (χαμηλή αριθμηση ερυθρών κυττάρων αίματος) ουδετεροπενία (χαμηλή αριθμηση λευκών κυττάρων αίματος)	Πάρτε με ή χωρίς φαγητό, η λήψη τους με φαγητό μπορεί να ελαχιστοποιήσει τη ναυτία.
<u>Emtriva</u> (emtricitabine), από <u>Gilead Sciences</u>	Μια κάψουλα 200mg μία φορά την ημέρα.	Πονοκέφαλος, <u>διάρροια ναυτία</u> αναφυλαξία	Πάρτε με ή χωρίς φαγητό.
<u>Epivir</u> (3TC), από <u>GlaxoSmithKline</u>	Μια ταμπλέτα 300mg, μία φορά την ημέρα, ή μια ταμπλέτα 150mg, δύο φορές την ημέρα (συνολικά 1 ή 2 χάπια ημερησίως)	<u>Ναυτία</u>	Πάρτε με ή χωρίς φαγητό. Το Epivir χρησιμοποιείται επίσης για να θεραπεύσει τους ασθενείς μολυσμένους με τον <u>ιό ηπατίτιδας β (HBV)</u> , αλλά σε μια διαφορετική δόση. Εάν είστε μολυσμένοι με το HIV και HBV, η δόση που υποδεικνύεται για τη θεραπεία HIV πρέπει να χρησιμοποιηθεί.
<u>Kivexa</u> (abacavir + 3TC), από <u>GlaxoSmithKline</u>	Μια ταμπλέτα (περιέχει 600mg abacavir + 300mg 3TC), μία φορά την ημέρα	Παρόμοιες παρενέργειες σε Epivir (3TC) και Ziagen (abacavir). Παρακαλώ σημειώστε τις σοβαρές αλλεργικές αντιδράσεις Ziagen .	Πάρτε με ή χωρίς φαγητό.
<u>Retrovir</u> (AZT), από <u>GlaxoSmithKline</u>	Μια ταμπλέτα 300mg, δύο φορές την ημέρα (συνολικά 2 χάπια ημερησίως)	<u>Ναυτία ταλαιπωρία στομαχιών</u> πονοκέφαλος αϋπνία Σπανιότερα: Αδυναμία	Η λήψη με φαγητό μπορεί να ελαχιστοποιήσει την ταλαιπωρία στομαχιών.

		μυών αναιμία (χαμηλά ερυθρά) ουδετεροπενία (χαμηλά λευκά)	
Trizivir (AZT + 3TC + abacavir), από GlaxoSmithKline	Μια ταμπλέτα (περιέχει 300mg AZT + 150mg 3TC + 300mg abacavir), δύο φορές την ημέρα (συνολικά 2 χάπια ημερησίως)	Παρόμοιες παρενέργειες σε Retrovir (AZT), Etrivir (3TC), και Ziagen (abacavir). Παρακαλώ σημειώστε τις σοβαρές αλλεργικές αντιδράσεις Ziagen .	Πάρτε με ή χωρίς φαγητό. Μην πάρετε Trizivir εάν ζυγίζετε λιγότερο από 40 κιλά.
Truvada (Viread + Emtriva), από Gilead Sciences	Μια ταμπλέτα (περιέχει 300mg Viread + 200mg Emtriva), μία φορά την ημέρα	Παρόμοιες παρενέργειες σε Viread (tenofovir) και Emtriva (emtricitabine).	Πάρτε με ή χωρίς φαγητό.
Videx (ddI): εκδόσεις, από Bristol-Myers Squibb	Δύο ταμπλέτες 100mg δύο φορές την ημέρα (συνολικά 4 χάπια ημερησίως), ή δύο ταμπλέτες 200mg, μία φορά την ημέρα (συνολικά 2 χάπια ημερησίως). Για τους ασθενείς που ζυγίζουν λιγότερο από 60 κιλά.	Μούδιασμα, τσούξιμο, ή πόνος στα χέρια ή τα πόδια (απομακρυσμένη νευροπάθεια , που συμβαίνει σε 15% των ασθενών) ναυτία διάρροια εμετός πονοκέφαλος αναφυλαξία Σπανιότερα: Pancreatitis (ανάφλεξη του πάγκρεατος) Πιθανές αυξανόμενες παρενέργειες εάν λαμβάνεται με το tenofovir (Viread) .	Κλινικές μελέτες υποστηρίζουν δόσεις δύο φορές την ημέρα ως αποτελεσματικότερες. Πάρτε με άδειο στομάχι (τουλάχιστον 2 ώρες μετά από & 30 λεπτά πριν από ένα γεύμα). Μπορεί να λαμβάνετε ταυτόχρονα με άλλο NRTI. Οι εκδόσεις Videx δεν πρέπει να ληφθούν ταυτόχρονα με οποιουδήποτε από τους αναστολείς πρωτεάσεων (PIs). Τα PIs πρέπει να ληφθούν δύο ώρες πριν από ή δύο ώρες μετά από Videx. Το NNRTI Viramune και Sustiva μπορεί να ληφθεί ταυτόχρονα με Videx, το NNRTI Rescriptor πρέπει να ληφθεί τουλάχιστον μια ώρα πριν από ή μια ώρα μετά από Videx. Αποφύγετε το αλκοόλ.
Videx EC (ddI): κάψουλες καθυστερώ-απελευθέρωσης, από Bristol-Myers Squibb	Μια κάψουλα 400mg μία φορά την ημέρα. Για τους ασθενείς που ζυγίζουν λιγότερο από 60 κιλά, η δόση είναι μια κάψουλα 250mg μία φορά την ημέρα.	Μούδιασμα, τσούξιμο, ή πόνος στα χέρια ή τα πόδια (περιφεριακή νευροπάθεια , που συμβαίνει σε 15% των ασθενών) ναυτία διάρροια εμετός πονοκέφαλος αναφυλαξία Σπανιότερα: Pancreatitis (φλεγμονή του παγκρέατος) Πιθανές αυξανόμενες	Πάρτε Videx EC με άδειο στομάχι (2 ώρες μετά από & 1 ώρα πριν από ένα γεύμα). Μπορεί να ληφθεί ταυτόχρονα με όλα τα άλλα αντιρετροϊκά φάρμακα, με εξαίρεση τον αναστολέα πρωτεάσης Aptivus . Το Videx EC

		παρενέργειες εάν λαμβάνεται με το tenofovir (Viread) .	πρέπει να ληφθεί τουλάχιστον δύο ώρες μετά από ή δύο ώρες πριν από Artivus. Αποφύγετε το αλκοόλ.
Viread (tenofovir df), από Gilead Sciences	Μια ταμπλέτα 300mg μία φορά την ημέρα.	Ναυτία, εμετός, διάρροια , και εντερικό αέριο. Σπανιότερα: οστεοπενία (λέπτυνση οστών)	Πάρτε με ή χωρίς φαγητό. Εάν λαμβάνεται με ddI (Videx ή Videx EC), μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα ddI στο αίμα κατά τουλάχιστον 60%, προκαλώντας παρενέργειες.
Zerit (d4T), από Bristol-Myers Squibb	Μια 40mg κάψουλα, κάθε 12 ώρες (συνολικά 2 χάπια ημερησίως). Για τους ασθενείς που ζυγίζουν λιγότερο από 60 κιλά.	Μούδιασμα, τσούξιμο, ή πόνος στα χέρια ή τα πόδια (περιφεριακή νευροπάθεια , που συμβαίνει σε 20% των ασθενών) ναυτία διάρροια εμετός πονοκέφαλος αναφυλαξία Σπανιότερα: Pancreatitis (φλεγμονή του πάγκρεατος), ή γαλακτική οξέωση (μια αύξηση του γαλακτικού οξέος στο αίμα), που μπορεί να είναι μοιραία.	Πάρτε με ή χωρίς φαγητό. Μην πάρετε με Retrovir (AZT) ή Combivir (AZT+3TC) .
Ziagen (abacavir), από GlaxoSmithKline	Μια ταμπλέτα 300mg, δύο φορές την ημέρα (συνολικά 2 χάπια ημερησίως)	Ναυτία εμετός διάρροια απώλεια όρεξης αυπνία Σοβαρές αλλεργικές αντιδράσεις έχουν αναφερθεί σε περίπου 8% των ασθενών, με έναν θάνατο. Τα σημάδια και τα συμπτώματα αυτής της αντίδρασης περιλαμβάνουν πυρετό, δυσφορία, ναυτία, διάρροια , κοιλιακό πόνο, επώδυνο λαιμό, βήχα, αλλαγή της αναπνοής, και αναφυλαξία. Εάν η αλλεργική αντίδραση εντοπίζεται, η θεραπεία πρέπει να διακοπεί και να μην ξαναξεκινήσει. Τα συμπτώματα των αλλεργικών αντιδράσεων εμφανίζονται συνήθως μέσα σε έξι εβδομάδες από την αρχική θεραπεία και επιλύονται μέσα σε 24-48 ώρες από την διακοπή του	Πάρτε με ή χωρίς φαγητό.

		φαρμάκου. Αλλεργική αντίδραση χωρίς σημάδια έχει αναφερθεί επίσης σε περίπου 7% των ασθενών. Αυτές οι αναφυλαξίες μπορούν συνήθως να ρυθμιστούν χωρίς παύση της θεραπείας.	
--	--	--	--

Μακροπρόθεσμες παρενέργειες NRTIs: Τα NRTIs έχουν συνδεθεί με τη βλάβη στα μιτοχόνδρια (τα μέρη κυττάρων που παρέχουν την ενέργεια στο κύτταρο). Αυτή η βλάβη μπορεί να προκαλέσει τις χαμηλές τιμές ερυθρών και λευκών κυττάρων αίματος, τον πόνο μυών και τη επίσχυση (ιδιαίτερα στα οπίσθια και τα πόδια), την κούραση, την περιφεριακή νευροπάθεια, και σπανιότερα, γαλακτική οξέωση ή προβλήματα στο πάγκρεας. Τα NRTIs έχουν συνδεθεί επίσης με τις αλλαγές κατανομής του λίπους στο σώμα.

Μη-Νουκλεοσιδικοί Αναστολείς της Ανάστροφης Μεταγραφάσης (NNRTIs)

Φάρμακο	Ενήλικη χορήγηση της δόσης	Πιθανές παρενέργειες	Σημειώσεις
Rescriptor (delavirdine), από Pfizer	Δύο 200mg ταμπλέτες, τρεις φορές ημερησίως (συνολικά 6 χάπια ημερησίως)	Αναφυλαξία πονοκέφαλος κούραση ναυτία, αυξημένα ένζυμα συκωτιού	Πάρτε με ή χωρίς φαγητό. Το Rescriptor μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα αίματος όλων των διαθέσιμων αναστολέων πρωτεάσεων. Στη συνέχεια, η δόση του αναστολέα πρωτεάσεων που χρησιμοποιείται πρέπει να μειωθεί. Δεν πρέπει να πάρετε τις ταμπλέτες Videx (ddI) – ή τίποτα που περιέχει ένα αντιοξύ – μέσα σε μια ώρα από μια δόση Rescriptor. Και τα αντιοξέα και οι ταμπλέτες Videx (που περιέχουν ένα αντιοξύ) μπορούν να εμποδίσουν το Rescriptor από το να απορροφηθεί.
Sustiva (efavirenz), από Bristol-Myers Squibb ή Stocrin (efavirenz), από Merck Sharp and Dohme	Μια ταμπλέτα 600mg μία φορά την ημέρα.	Σοβαρή κατάθλιψη, τάσεις αυτοκτονίας, επιθετική συμπεριφορά, αντιδράσεις παράνοιας, αντιδράσεις μανίας, ζωνρά όνειρα, αϋπνία, σύγχυση, ανικανότητα να συγκεντρωθεί, αλλεργία, ίλιγος, υπνηλία, ναυτία , πυρετός, αυξημένα ένζυμα συκωτιού.	Συνιστάται το Sustiva να λαμβάνεται με άδειο στομάχι. Η δόση πρέπει να ληφθεί λίγο πριν τον ύπνο για να ελαχιστοποιήσει τον ίλιγγο, την υπνηλία και την εξασθετισμένη συγκέντρωση. Εάν το Sustiva λαμβάνεται με τους αναστολείς πρωτεάσεων Reyataz, Invirase, Fortovase,

			Kaletra, Crixivan, Agenerase, ή Lexiva, οι δόσεις τους πρέπει να αυξηθούν ή μπορεί να συνδυαστούν με μια χαμηλή δόση Norvir (π.χ., 100 mg) για να διατηρήσουν τα απαραίτητα επίπεδα φαρμάκων στην κυκλοφορία του αίματος.
Viramune (nevirapine), από Boehringer Ingelheim	Μια ταμπλέτα 200mg ανά ημέρα για 14 ημέρες, έπειτα μια ταμπλέτα 200mg, δύο φορές την ημέρα (συνολικά 2 χάπια ημερησίως)	Αναφυλαξία ναυτία πονοκέφαλοι αυξανόμενα ενζυμικά επίπεδα συκωτιού Σπανιότερα: ηπατίτιδα	Πάρτε με ή χωρίς φαγητό. Εάν το Viramune λαμβάνεται με τους αναστολείς πρωτεάσεων Reyataz, Invirase, Fortovase, Kaletra, Crixivan, Agenerase, ή Lexiva, οι δόσεις τους πρέπει να αυξηθούν ή πρέπει να συνδυαστούν με μια χαμηλή δόση Norvir (π.χ., 100 mg) για να βοηθήσουν να διατηρήσουν τα απαραίτητα επίπεδα φαρμάκων στην κυκλοφορία του αίματος.

Αναστολείς Εισόδου

Φάρμακο	Ενήλικη χορήγηση της δόσης	Πιθανές παρενέργειες	Σημειώσεις
Fuzeon (τ-20), από Trimeris και Hoffmann-La Roche	Δύο 90mg (σε 1-ml διαλύματος) υποδόρια (κάτω από το δέρμα) ενέσεις ημερησίως.	Οι αντιδράσεις στο δέρμα όπου το Fuzeon εγχέεται μπορούν να περιλάβουν, τη διόγκωση, την ερυθρότητα, ή τον πόνο. Σπανιότερα: σοβαρές αλλεργικές αντιδράσεις	Το Fuzeon έρχεται ως άσπρη σκόνη που πρέπει να αναμιχθεί προσεκτικά μέσα σε ένα φιαλίδιο με αποστειρωμένο νερό κάθε ημέρα - μια περίπλοκη διαδικασία αποκαλούμενη "ανασύνθεση".

www.hiv/aids.gr

Ένας επίσης σημαντικός προβληματισμός αφορά στην HAART.

Τα αρχικά σημαίνουν Highly Active Antiretroviral Therapy, που σημαίνει Αντιρετροϊκή Αγωγή Υψηλής Δραστηριότητας. Είναι ο συνδυασμός τριών η

τεσσάρων φαρμάκων που χορηγούμενα επιδρούν με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικά στάδια του κύκλου ζωής του HIV.

Μετα τη λήψη της απόφασης για έναρξη αντιρετροϊκής θεραπείας ο στόχος πρέπει να είναι ο καλύτερος δυνατός με διαρκή καταστολή του ιικού φορτίου , ανάκαμψη και σταθεροποίηση της ανοσολογικής λειτουργίας , βελτίωση της ποιότητας ζωής και μείωση της νοσηρότητας και θνητότητας απο την HIV λοίμωξη. Τα αποτελέσματα της θεραπείας αξιολογούνται με την μέτρηση του ιικού φορτίου στο πλάσμα. Αυτό αναμένεται να είναι μείωση κατα ένα λογάριθμο στις 8 εβδομάδες ή μη ανιχνεύσιμο φορτίο < 50 αντίγραφα / ml ,σε 4-6 μήνες θεραπείας.(Κ.Ε.Ε.Λ.,2006).

Τα φάρμακα που υπάρχουν μέχρι αυτή την στιγμή αποτελούν θεραπεία «συντήρησης». Σταματούν την ανάπτυξη του ιού , αλλά δεν τον εκριζώνουν. Αυτό σημαίνει ότι συνεχίζει να παραμένει φορέας του ιού. Ακόμα και αν το ιικό του φορτίο είναι μη ανιχνεύσιμο αυτό σημαίνει ότι μικρές ποσότητες του ιού κρύβονται στο σώμα του σε κύτταρα που «κοιμούνται».

Αν δεν υπάρχουν συμπτώματα απο τη νόσο , θεραπεία συνιστάται όταν ο αριθμός των T4 είναι κάτω απο 200 κύτταρα / ml , ανεξάρτητα απο το επίπεδο του ιικού φορτίου. Πρέπει να γνωρίζει ο ασθενής ότι αν τα T4 κύτταρα πέσουν κάτω απο 200 κινδυνεύει να εμφανίσει πνευμονία απο πνευμονοκύστη καρίνιο που μπορεί πραγματικά να απειλήσει τη ζωή του.

Ο αριθμός και η επικινδυνότητα των λοιμώξεων που μπορεί να παρουσιαστούν , αυξάνει όσο ο αριθμός των T4 γίνεται χαμηλότερος. Όταν ο αριθμός των T4 κυττάρων είναι μεγαλύτερος απο 200 αλλά μικρότερος απο 350 ανεξάρτητα και παλι απο την τιμή του ιικού φορτίου , τότε πρέπει να συζητήσει με τον γιατρό του την λήψη η οχι αγωγής.

Αν τέλος ο αριθμός των T4 είναι μεγαλύτερος απο 350 με ιικό φορτίο μεγαλύτερο απο 55.000 αντίγραφα / ml ή όταν ο αριθμός των T4 είναι μεγαλύτερος από 350 και το ιικό φορτίο είναι μικροτερο απο 55.000 αντίγραφα , τότε η απόφαση για λήψη ή οχι αγωγής θα πρέπει να παρθεί μετα απο συζήτηση με τον θεράποντα.

Σε κάθε περίπτωση , προϋπόθεση για την έναρξη της θεραπείας είναι και η δική του θέληση και διάθεση να αρχίσει θεραπεία τηρώντας πιστα όλους τους κανόνες που απαιτούνται για να επιτευχθει το καλύτερο δυνατο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Εαν παρουσιάζει συμπτώματα που σχετίζονται με τη νόσο (απώλεια βάρους , πυρετό , που δεν μπορεί να εξηγηθεί , για παραπάνω απο 2 εβδομάδες , ή στοματική μυκητίαση) ή παρουσιάζει νόσο που θεωρείται «καθοριστική» ή «πιθανολογούμενη» για το σύνδρομο του AIDS , η σύσταση είναι άμεση έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής.(Κ.Ε.Ε.Λ.,2006).

Πολλοί ασθενείς προβληματίζονται σχετικά με το Οξύ Σύνδρομο Πετρουίου.

Το Οξύ Σύνδρομο Πετρουίου παρατηρείται στο 30% - 90% περίπου των ατόμων που μολύνονται με τον ιο HIV τις 2-6 εβδομάδες απο την έκθεση. Χαρακτηρίζεται απο τα παρακάτω σημεία και συμπτώματα :

Πυρετός (96%) , λεμφαδενοπάθεια (74%) , φαρυγγίτιδα (70%) , εξάνθημα (70%) , μυαλγίες , αρθραλγίες (54%) , διάρροια (32%) , πονοκέφαλος (32%) , ναυτία και έμμετος (27%) , ηπατοσπληνομεγαλία (14%) , απώλεια βάρους (13%) , thrush (12%) , πολυριζονευρίτιδα , πάρεση προσωπικού , σύνδρομο Guillain-Barre , συναισθηματική αστάθεια , ψύχωση.

Αναφορές σε σχέση με την έναρξη ή όχι θεραπείας στους ασθενείς που εκδηλώνουν Οξύ Σύνδρομο Ρετροϊού , υπάρχουν αλλά είναι πολύ περιορισμένες.

Η έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής αποβλέπει :

- Στη μείωση της σοβαρότητας του συνδρόμου
- Στη δυννητική μεταβολή του αρχικού ιικού φορτίου που πιθανότατα να επηρεάσει θετικά και την πορεία της νόσου.
- Στη μείωση της συχνότητας της μετάλλαξης του ιού , της ικανότητας δηλαδή του ιού να «μεταμορφώνεται» γενετικά και να γίνεται ανθεκτικός στα φάρμακα.
- Στη συντήρηση της ανοσολογικής λειτουργίας , δηλαδή του αριθμού των T4.
- Στην πιθανή μείωση του κινδύνου μετάδοσης της HIV λοίμωξης

Οι δυννητικοί κίνδυνοι απο την έναρξη αντιρετροϊκής θεραπείας είναι :

- Η αλλαγή στην ποιότητα ζωής εξαιτίας της τοξικότητας.
- Η δυννητική ανάπτυξη ανοχής του ιού στα αντιρετροϊκά , αν αποτύχει ο στόχος της καταστολής του ιικού πολλαπλασιασμού.
- Η δυννητική ανάγκη για συνέχεια της θεραπείας εφ όρου ζωής.

Η τελική απόφαση θα ληφθεί απο τον θεράποντα ιατρό ο οποίος είναι και ο μοναδικός που είναι σε θέση να εκτιμήσει τα υπερ και τα κατα , και να αρχίσει ο ασθενής του ή όχι θεραπεία.(Κ.Ε.Ε.Λ.,2006).

Αντιρετροϊκά Φάρμακα υπό δοκιμή

28 Ιουνίου 2006

Η παραγωγή νέων αντιρετροϊκών φαρμάκων καλπάζει, με τουλάχιστον τα ακόλουθα φάρμακα που κάνουν τους επιστήμονες όλου του κόσμου να τρίβουν τα μάτια τους. Η έρευνα συνεχίζεται και οι επιστήμονες στα εργαστήρια των φαρμακευτικών εταιρειών εργάζονται ασταμάτητα!

	Compound	Class of Compound	Phase	Pharmaceutical Company
1	BCH-10618 (DOTC)	nucleoside analog RT inhibitor	Preclinical	Shire Biochem
2	BEA-005	nucleoside analog RT inhibitor	Preclinical	Medivir
3	Beta-D-Fd4C	nucleoside analog RT inhibitor	Preclinical	Vion
4	Beta-L-Fd4C	nucleoside analog RT inhibitor	Preclinical	Vion
5	Phosphazid	nucleoside analog RT inhibitor	Preclinical	Viscount
6	ACH-126,443 (L-Fd4C)	nucleoside analog RT inhibitor	Phase 1	Achilleon
7	DAPD	nucleoside analog RT inhibitor	Phase 1 - 2	Triangle Pharmaceuticals
8	HI-236	non-nucleoside RT inhibitor	Preclinical	Wayne Hughes Institute
9	PNU142721	non-nucleoside RT inhibitor	Preclinical	Pharmacia
10	RD4-2217	non-nucleoside RT inhibitor	Preclinical	Tosoh
11	SJ-3366	non-nucleoside RT	Preclinical	Samjin

12	UC-781	non-nucleoside RT inhibitor	Preclinical	Uniroyal
13	DPC 961	non-nucleoside RT inhibitor	Phase 1	DuPont Pharmaceuticals
14	DPC 083	non-nucleoside RT inhibitor	Phase 1 - 2	DuPont Pharmaceuticals
15	Calanolide A	non-nucleoside RT inhibitor	Phase 2	Sarawak Medichem
16	Capravirine	non-nucleoside RT inhibitor	Phase 2	Pfizer/Agouron
17	TMC 125	non-nucleoside RT inhibitor	Phase 2	Tibotec Virco
18	TMC 120	non-nucleoside RT inhibitor	Phase 2	Tibotec Virco
19	Emivirine (MKC-442)	non-nucleoside RT inhibitor	Phase 3	Triangle Pharmaceuticals
20	DPC 681	protease inhibitor	Preclinical	Dupont Pharmaceuticals
21	DPC 684	protease inhibitor	Preclinical	Dupont Pharmaceuticals
22	LB-71350	protease inhibitor	Preclinical	LG Chemical
23	TMC 126	protease inhibitor	Phase 1	Tibotec Virco
24	Tipranavir	protease inhibitor	Phase 1 - 2	Boehringer Ingelheim
25	VX-175/GW433908	protease inhibitor	Phase 2 - 3	Vertex/GlaxoSmithKline
26	T-1249	fusion inhibitor	Phase 1	Trimeris/Roche
27	L-870,810	integrase inhibitor	Phase 1	Merck & Co.
28	S-1360	integrase inhibitor	Phase 1 - 2	Shionogi Pharmaceuticals
29	AMD-8445	entry inhibitor	Preclinical	AnorMed
30	BMS-806	entry inhibitor	Phase 1	Bristol-Myers Squibb
31	PRO 367	entry inhibitor	Phase 1	Progenics
32	PRO 542	attachment inhibitor	Phase 1 - 2	Progenics
33	Hu5A8	binding inhibitor	Preclinical	Tanox
34	PRO 140	CCR5 antagonist	Preclinical	Progenics
35	SCH D	CCR5 antagonist	Preclinical	Schering Plough
36	TAK 449	CCR5 antagonist	Preclinical	Takeda
37	UK-427,857	CCR5 antagonist	Preclinical	Pfizer
38	SCH C	CCR5 antagonist	Phase 1	Schering Plough
39	AMD-3465	CXCR4 antagonist	Preclinical	AnorMed
40	Peldesine	inhibits cellular factors	Phase 1	Biocryst
41	Resveratrol	inhibits cellular factors	Phase 1	Pharmascience

Ένας ακόμη προβληματισμός που απαντάται στο ενημερωτικό φυλλάδιο του Κ.Ε.Ε.Λ. αφορά στην «τήρηση». «Τήρηση» σημαίνει να παίρνουμε τα φάρμακα μας ακολουθώντας όσο πιο πιστά γίνεται τις οδηγίες του γιατρού σχετικά με τις ώρες λήψης τους και τους διατροφικούς περιορισμούς. Αυτό έχει τεράστια σημασία για την επιτυχία της θεραπείας.

Έχει βρεθεί ότι σωστή τήρηση της θεραπείας έχει σαν αποτέλεσμα καταστολή του ιού για μεγάλο χρονικό διάστημα και μείωση της συχνότητας της αντοχής του. Παροτι πρέπει να πάρει ο ασθενής τα φάρμακα σε καθορισμένες ώρες υπάρχει ένα περιθώριο μιας ώρας κατά το οποίο είναι ασφαλές ακόμη να τα πάρει. Σημαντικοί είναι επίσης και οι διατροφικοί περιορισμοί. Αν δεν τηρηθεί το προτεινόμενο διατροφικό πρόγραμμα καθώς και οι ώρες λήψης των φαρμάκων σε σχέση με το φαγητό, είναι πιθανό να μην απορροφηθεί ικανή ποσότητα φαρμάκου και το φάρμακο αυτό να γίνει αναποτελεσματικό. Έτσι πιθανόν να αναπτυχθεί αντοχή από τον ιό η οποία θα μειώσει μελλοντικά το όφελος των φαρμάκων. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι το να ξεχάσει ακόμα και μια ή δυο δόσεις την εβδομάδα, έχει τεράστια επίπτωση στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. (Κ.Ε.Ε.Λ., 2006).

Ένας ακόμη σημαντικός προβληματισμός έχει σχέση με το διατροφικό πρόγραμμα των ασθενών.

Το ανοσολογικό σύστημα λειτουργεί καλύτερα όταν τρώμε τροφές που παρέχουν ισορροπία μεταξύ πρωτεϊνών, ενέργειας, βιταμινών και μετάλλων. Η διατήρηση του σωστού βάρους είναι ζωτικής σημασίας για την μακροπρόθεσμη ευημερία του ασθενούς. Υπάρχουν φάρμακα που χρειάζεται να τα πάρετε πριν ή μετά συγκεκριμένες ώρες από το φαγητό όπως το Videx ή το Crixivan ή κατά την διάρκεια των γευμάτων όπως το Viread, το Norvir, το Viracept, το Fortavase, το Agenerase και το Kaletra. Πρέπει να καταναλώνονται άφθονα υγρά. Να αποφεύγονται κατά το δυνατό κόκα-κόλα, καφέ και τσάι, καθώς η καφεΐνη που περιέχουν δρα σαν διουρητικό και μπορεί να επιδεινώσει τυχόν αφιδάτωση. Εάν δεν μπορεί να έχει ένα κανονικό γεύμα για να πάρει τα φάρμακά του την ώρα που πρέπει, μπορεί να καταναλώσει πρόχειρο φαγητό (snack) όπως τυρόπιτα, σάντουιτς ή ένα κρουασάν ή κάποιο ρόφημα (γάλα, μίλκσεικ, σοκολάτα).

Πρέπει να αποφεύγονται τα ζωικά λίπη (λίπος στο κρέας, βούτυρο και γάλα πλήρες), και να προτιμηθούν ζωϊκά προϊόντα με λιγότερα λιπαρά (άπαχο κρέας, γαλακτομικά προϊόντα με λιγότερα λιπαρά) και τα λίπη που προέρχονται από τα φυτά (ελαιόλαδο, ξηροί καρποί). Να προτιμούνται ψάρια ειδικά εκείνα (σολομός, σαρδέλες) που έχουν έναν τύπο λίπους που λέγεται Ω-3 που προστατεύει την καρδιά. Οι βιταμίνες επίσης που περιέχουν τα φρούτα και τα λαχανικά προστατεύουν έναντι των καρδιακών νοσημάτων.

Τέλος, το ασβέστιο και η βιταμίνη D είναι σημαντικά για την πρόληψη της οστεοπόρωσης. Το γάλα και το τυρί ακόμα και με χαμηλά λιπαρά, είναι τροφές πλούσιες σε ασβέστιο. Σκούρα πράσινα λαχανικά όπως τοσπανάκι, τα φασόλια και οι φακές, τα καρύδια και οι σπόροι επίσης περιέχουν ασβέστιο. Ο οργανισμός μας φτιάχνει βιταμίνη D όταν το δέρμα μας έρχεται σε επαφή με τον ήλιο. Η βιταμίνη D περιέχεται ακόμη στα ψάρια, στη μαργαρίνη και στα αυγά. (Κ.Ε.Ε.Λ., 2006).

Το να τρώει σωστά και ισορροπημένα αλλά και να ασκείται συστηματικά είναι βασικό για να διατηρήσει καλή υγεία, σωματική και ψυχική. Πρέπει να προσπαθήσει να έχει ένα καλό βάρος για το ύψος του. Να ασκείται τρεις φορές κατά μέσο όρο την εβδομάδα, πηγαίνοντας σε γυμναστήριο ή κάνοντας τρέξιμο, κολύμπι ή άλλη αεροβική άσκηση.

Να τρώει μέσα στις 2 επόμενες ώρες από την άσκηση. Μια ισορροπημένη μεταξύ πρωτεϊνών και αμινοξέων τροφών θα βοηθήσουν το σώμα του να χτίσει μύες.

Ωστόσο κύριος στόχος πρέπει να είναι να παίρνει τα φάρμακα του σε χρονικό διάστημα το πολύ μιας ώρας. Αν ωστόσο τύχει και κάποια φορά παραμελήσει μια δόση δεν πειράζει.

Αν όμως αυτό γίνεται κατ' εξακολούθηση , είναι καλύτερο να σταματήσει να παίρνει αγωγή και να την ξαναρχίσει όταν θα είναι έτοιμος να την τηρήσει , παρά να ρισκάρει να αναπτυχθεί αντοχή στα φάρμακα.

Θεωρείται επικίνδυνη τακτική να μην παίρνει τα φάρμακά του κάποιες μέρες και μην ξεχνάει :

Αν συνειδητοποιήσει ότι ξεχάσε μια δόση ,να την πάρει αμέσως μόλις το θυμηθεί.Αν όμως το θυμηθεί την ώρα που είναι να πάρει την επόμενη , μην πάρει διπλάσια δοσολογία , δηλαδή και τις δυο δόσεις μαζί.

Σημαντικό βήμα πριν την έναρξη της αγωγής είναι η μέτρηση του ιικού φορτίου.

Η ίδια εξέταση θα επαναληφθεί 2-8 εβδομάδες μετά, για να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της αγωγής.Οι επισκέψεις είναι κάθε 3-4 μήνες , όπου γίνεται μέτρηση του ιικού φορτίου και των T4 λεμφοκυττάρων .Με την ιδανική θεραπεία το ιικό φορτίο θα πρέπει να είναι μη ανιχνεύσιμο (κάτω από 50 αντίγραφα / ml) μετά από 6 μήνες.

Γενικά το ιικό φορτίο και οι τυχόν διακυμάνσεις του αξιολογούνται περισσότερο απο τον αριθμό των T4 λεμφοκυττάρων στην λήψη των αποφάσεων που τη θεραπεία.

Η φαρμακευτική αγωγή πάντα συμπεριλαμβάνεται στους προβληματισμούς των ασθενών και σχετίζονται με το είδος των φαρμάκων, τις παρενέργειες, τον συνδιασμό και την αποτελεσματικότητά τους.

Τα φάρμακα παύουν να είναι αποτελεσματικά αν χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμούς που δεν είναι αρκετά ισχυροί ώστε να διατηρήσουν το ιικό φορτίο σε μη ανιχνεύσιμα επίπεδα.Όσο το ιικό παραμένει μη ανιχνεύσιμο , τότε μπορεί να τα χρησιμοποιεί για πολλά χρόνια..

Όλα τα φάρμακα έχουν παρενέργειες.Τα αντιρετροϊκά δε θα αποτελούσαν εξαίρεση.

Ωστόσο : Η πιθανότητα να παρουσιαστούν δεν είναι μεγάλη.Εξάλλου οι περισσότερες είναι σχετικά ήπιες και η αντιμετώπισή τους είναι εύκολη.

Η ναυτία , η διάρροια , το αίσθημα κόπωσης , συνήθως εξαφανίζονται μετά από μερικές μέρες ή εβδομάδες μετά την έναρξη της αγωγής και μπορούν να μετριασθούν με τη χρήση αντιεμετικών ή αντιδιαρροϊκών φαρμάκων ή και με αλλαγή της διατροφής.

Παρ όλα αυτά δεν υπάρχει τρόπος να προβλέψει κανείς την εμφάνιση και την βαρύτητα των παρενεργειών σε κάθε ασθενή.Γι αυτό πρέπει να συζητήσει με το γιατρό του για το σχήμα που θα πάρει και τις τυχόν παρενέργειες που θα προκύψουν.

Ωστόσο δεν υπάρχει απάντηση σε αυτό το ερώτημα.Φάρμακα που για άλλους είναι κατάλληλα για κάποιους άλλους μπορεί να μην είναι ανεκτά.Αν επίσης στο παρελθόν έχει πάρει αντιρετροϊκά φάρμακα αυτό μπορεί να μην επηρεάσει το πόσο καλά θα δράσουν οι μετέπειτα αγωγές.

Το αν πρέπει να αλλάξει και πότε θεραπευτική αγωγή θα το κρίνει ο γιατρός του.Οι λόγοι που αλλάζει ένας ασθενής είναι κατ' αρχήν η αποτυχία.Αυτή μπορεί να οφείλεται σε μη τήρηση του ασθενούς της θεραπείας. , σε χαμηλές δόσεις φαρμάκων που δεν επαρκούν για την καταστολή του ιού , σε αντοχή του ιού στα φάρμακα.Άλλος ένας λόγος που μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγή του σχήματος είναι οι παρενέργειες.Αν ο συνδυασμός φαρμάκων που παίρνει δεν είναι καλά ανεκτός και αν οι παρενέργειες δεν έχουν υφεθεί μετά τις πρώτες εβδομάδες πρέπει να συζητήσει με το γιατρό του τυχόν αλλαγή του σχήματος.

Επίσης αν υπάρχει ανάγκη για διακοπή της αντιρετροϊκής θεραπείας , θα πρέπει να τονιστεί η ταυτόχρονη διακοπή όλων των φαρμάκων , καθώς υπάρχει κίνδυνος αν συνεχιστούν ένα ή δύο φάρμακα να εμφανιστούν ανθεκτικά στελέχη του ιού.

Σημειώνεται ότι αν διακόψει τη θεραπεία του , πρέπει να παρακολουθηθεί στενά τόσο κλινικά όσο και εργαστηριακά με T4 και μέτρηση ιϊκού φορτίου.

Θεωρητικά η διακοπή της αντιρετροϊκής θεραπείας μπορεί να εφαρμοσθεί σε άτομα που παρά τη λήψη ενδεδειγμένης αγωγής έχουν υψηλό φορτίο και χαμηλά T4 συνεχώς.Σκοπός σε αυτή την περίπτωση είναι η επανάκτηση της ευαισθησίας του ιού στα φάρμακα , καθώς για κάποιο χρονικό διάστημα δε θα «βομβαρδίζεται» με αντιρετροϊκά.Παρά ταύτα επειδή παρατηρήθηκε επιπλέον μείωση των T4 και υψηλότερο ιϊκό φορτίο , γι αυτό η διακοπή της αγωγής σε συνιστάται σε αυτά τα άτομα.

Η άλλη ομάδα που θεωρητικά ωφείλεται από τη διακοπή της θεραπείας είναι αυτή που έχει ιϊκό φορτίο μη ανιχνεύσιμο για πολύ καιρό και T4 υψηλά.Σκοπός σε αυτή την περίπτωση είναι να αναπτύξει ο οργανισμός ειδικές ανοσολογικές απαντήσεις κατά του ιού.Δυνητικοί κίνδυνοι ωστόσο , αποτελούν η πτώση των T4 , η αύξηση της μεταδοτικότητας και ενδεχόμενα η ανάπτυξη ανοτοχής.

Έτσι , και καθώς τα δεδομένα μέχρι τώρα δεν είναι επαρκή , δε συνιστάται η διακοπή της αντιρετροϊκής θεραπείας , στη γενική κλινική πρακτική.Ωστόσο είναι ένα θέμα που , αν προκύψει , πρέπει να συζητηθεί με τον θεράποντα ιατρό.

Ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει ότι,τα φάρμακα δεν είναι το ίδιο αποτελεσματικά για όλους.Αυτό οφείλεται σε διάφορους λόγους , όπως : η ανοτοχή του ιού στα φάρμακα , η δυσκολία τήρησης του τρόπου λήψης των αντιρετροϊκών , η εμφάνιση παρενεργειών , ή και οι χαμηλές (υποθεραπευτικές δόσεις) των αντιρετροϊκών που δεν καταστέλλουν έτσι τον ιο.Ας σημειωθεί δε ότι τα ποσοστά επιτυχίας για αυτούς που ξεκινούν το δεύτερο ή τρίτο συνδυασμό φαρμάκων είναι συνήθως χαμηλότερα από εκείνα όσων λαμβάνουν για πρώτη φορά κάποια αγωγή .

Πάντως , η ανταπόκριση σε διάφορες αγωγές εμφανίζει μεγάλη ποικιλία.από άτομο σε άτομο.(Κ.Ε.Ε.Λ.,2006).

Σημαντικός είναι ο προβληματισμός που αφορά στην ανοτοχή του ιού στα φάρμακα.

Ο ιός αναπτύσσει ανοτοχή στα φάρμακα όταν υποστεί κάποια αλλαγή (μετάλλαξη).Οι μεταλλάξεις που οδηγούν τον ιο στην ανάπτυξη ανοτοχής συνήθως συμβαίνουν όταν συνεχίζετε να παίρνετε φάρμακα εν'ς το ιϊκο σας φορτίο βρίσκεται σε ανιχνεύσιμα επίπεδα.Γι αυτό το λόγο οι γιατροί συνιστούν άμεση αλλαγή της θεραπείας αμέσως μόλις εμφανισθεί ανοτοχή.

Για να μειωθεί όσο το δυνατό την ανάπτυξη ανοτοχής θα πρέπει ο συνδυασμός που χρησιμοποιείται , και που πρέπει να περιλαμβάνει 3 ή και 4 φάρμακα , να μπορεί να καταστείλει τον ιο σε μη ανιχνεύσιμα επίπεδα.Να τονισθεί όμως για άλλη μια φορά και η σημασία της «τήρησης» καθώς η συμβολή της στη μη ανάπτυξη ανοτοχής του ιού είναι πολύ σημαντική.

Το θέμα της ηλικίας και του φύλου μπορεί κάποιες φορές να επηρεάσει την πορεία της νόσου σύμφωνα με μελέτες.

Αν είναι ο ασθενής πάνω από 45 χρονών , καπνιστής , δεν ασκείται ή έχει ιστορικό καρδιοπαθειών στην οικογένεια , αν είναι παχύσαρκος ή έχει υψηλή χοληστερίνη , πρέπει να κάνει κάποιες αλλαγές στις συνήθειές του με στόχο να μειώσει τους παράγοντες κινδύνου.Καθώς δε , υπάρχει και ο πρόσθετος κίνδυνος για καρδιοπάθειες λόγω των παρενεργειών της αντιρετροϊκής αγωγής , η ανάγκη είναι επιβεβλημένη.

Κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι το ιϊκό φορτίο στις γυναίκες στα αρχικά στάδια της νόσου , είναι σημαντικά χαμηλότερο από εκείνο των ανδρών.Η διαφορά όμως αυτή τείνει να εξαλειφθεί με την πάροδο του χρόνου.Πολλοί γιατροί λοιπόν θεωρούν ότι γυναίκες με T4 λεμφοκύτταρα πάνω από 350 ίσως θα έπρεπε να αρχίσουν θεραπεία και με πολυ χαμηλό ιϊκό φορτίο.Όταν όμως τα T4 λεμφοκύτταρα είναι κάτω από 350 παύουν να υπάρχουν διαφορές στο φύλο και αρα δεν υπάρχει διαφορετική αντιμετώπιση σε αυτή την περίπτωση.Οι διαφορές αυτές που παρατηρούνται πιθανόν να σχετίζονται με τις γυναικείες ορμόνες.Έχει περιγραφεί συσχετισμός των οιστρογόνων με την ανοσολογική λειτουργία , ενώ κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι ο ωοθηκικός κύκλος , επηρεάζει τα επίπεδα του ιϊκού φορτίου στο πλάσμα.

Σε κάθε περίπτωση επειδή όλα αυτά τα δεδομένα είναι υπο μελέτη , δεν συνιστώνται διαφορετικές οδηγίες για τις γυναίκες.

Όσο δε αφορά την απάντηση στην θεραπεία , υπάρχουν κάποιες μελέτες που αναφέρονται σε αλλαγή της φαρμακοκινητικής δηλαδή των επιπέδων των φαρμάκων στο πλάσμα (αφορά την ινδιναβίρη) κατα την διάρκεια του κύκλου αλλά δεν υπάρχουν στοιχεία που να τεκμηριώνουν , μέχρι αυτή την στιγμή , διαφορετική απάντηση στη θεραπεία.

Τέλος, μεγάλης σημασίας προβληματισμός, απασχολεί τις γυναίκες ιδιαίτερα εκείνες που βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης.

Αν η ασθενείς είναι οροθετική στον ιο HIV και βρίσκεται ήδη σε θεραπεία , δεν συνιστάται να διακοψει την αγωγή κατα την διάρκεια της εγκυμοσύνης της , εκτος και αν οι κίνδυνοι των παρενεργειών είναι μεγαλύτεροι απο το αναμενόμενο όφελος.Ο συνδυασμός φαρμάκων είναι η συνιστώμενη θεραπεία και για αυτές που είναι σε κατάσταση εγκυμοσύνης.(Κ.Ε.Ε.Λ.,2006).

Έχει βρεθεί πως ένα σχήμα τριών φαρμάκων που περιλαμβάνει το ZDV και δίνεται απο το στόμα μετα τις πρώτες 14 εβδομάδες της κύησης , συνεχίζεται σε όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης , δίνεται ενδοφλέβια κατα την διάρκεια του τοκετού και στην συνέχεια στο νεογνό τις πρώτες 6 εβδομάδες της ζωής του , μειώνει τον κίνδυνο περιγεννητικής μετάδοσης κατα 66%.

Αν βρίσκεται στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης της αλλά δεν ήταν απο πριν σε αντιρετροϊκή θεραπεία , μπορεί να επιθυμεί την έναρξη της θεραπείας μετα το πρώτο τρίμηνο.Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να ληφθούν υπ' οψη οι κίνδυνοι απο την καθυστέρηση έναρξης της αγωγής.

Εαν οι κλινικές , ιολογικές και οι εργαστηριακές παράμετροι είναι τέτοιες που συνιστούν άμεσα θεραπεία , πολλοί γιατροί συνιστούν έναρξη αγωγής ανεξάρτητα απο την ηλικια της εγκυμοσύνης , δηλαδή και στο πρώτο τρίμηνο ενδεχόμενα.Σε κάθε περίπτωση η αγωγή σας και η χρονική στιγμή της έναρξής της θα καθοριστεί απο τον θεράποντα ιατρό μετα απο συζήτηση μαζί της.(Κ.Ε.Ε.Λ.,2006)

4.3 Δράση και αντίδραση της παγκόσμιας κοινότητας γύρω από τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της λοίμωξης HIV.

4.3.1 Νέο φάρμακο κατά του AIDS

Εδώ και λίγες ημέρες κυκλοφορεί ένα νέο φάρμακο κατά του AIDS στις ΗΠΑ. Το όνομά του είναι Fuzeon (T-20) και είναι ειδικά σχεδιασμένο για περιπτώσεις όπου ο ιός αντιστέκεται στα φάρμακα που ήδη κυκλοφορούν.

Σύμφωνα με το BBC, η κατασκευάστρια εταιρεία Roche είναι αισιόδοξη ότι το φάρμακο σύντομα θα κυκλοφορήσει και στην Ευρώπη· η κυκλοφορία, όμως, του συνδέεται με διάφορα προβλήματα. Το κόστος για τη χορήγηση του Fuzeon αγγίζει τα 20.000 δολάρια ετησίως και επιπλέον, οι ασθενείς στους οποίους απευθύνεται δεν ξεπερνούν τις 12.000 παγκοσμίως. Εξάλλου, λόγω ακριβώς του υψηλότερου κόστους χορήγησής του, το νέο φάρμακο δεν πρόκειται να διατεθεί στην αφρικανική αγορά, όπου εκεί παρουσιάζονται τα περισσότερα κρούσματα παγκοσμίως. Οι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι το νέο φάρμακο είναι ικανό να μπλοκάρει τον HIV προτού αυτός εισχωρήσει σε υγιή κύτταρα του ανθρώπινου οργανισμού. Σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύθηκε στο *New England Journal of Medicine* οι ασθενείς που έλαβαν το νέο φάρμακο είχαν διπλάσιες πιθανότητες να μην εντοπιστεί ο ιός στο αίμα τους, από εκείνους που δεν το έλαβαν.

(www.focusmag.gr)

4.3.2 Συμφωνία Κλίντον για φθηνά φάρμακα κατά του AIDS

Ο Μπιλ Κλίντον ανακοίνωσε σήμερα τη σύναψη μιας συμφωνίας με δύο φαρμακοβιομηχανίες για μειώσεις των τιμών σε φάρμακα κατά του AIDS, τα οποία και θα διατεθούν σε 66 αναπτυσσόμενες χώρες της Αφρικής, της Ασίας, της Λατινικής Αμερικής και της Καραϊβικής. Η εν λόγω συμφωνία μεταξύ του Ιδρύματος Κλίντον και δύο ινδικών φαρμακοβιομηχανιών, στην Ινδία, αφορά τις - λεγόμενες - θεραπείες δεύτερης γραμμής, που χορηγούνται σε ασθενείς που αναπτύσσουν ανθεκτικότητα στην αρχική φαρμακευτική αγωγή. Σημειώνεται ότι τα συγκεκριμένα φάρμακα κοστίζουν μέχρι και δέκα φορές περισσότερο από τις θεραπείες πρώτης γραμμής. Όμως, η συμφωνία του Ιδρύματος Κλίντον αναμένεται να μειώσει το κόστος των φαρμάκων αυτών κατά 25% στις χώρες χαμηλού εισοδήματος, και κατά 50% στις χώρες μεσαίου εισοδήματος, όπου οι τιμές είναι σήμερα υψηλότερες, όπως ανακοίνωσε ο πρώην πρόεδρος των ΗΠΑ, Μπιλ Κλίντον. Σημειώνεται επίσης ότι το Ίδρυμα Κλίντον πέτυχε μια δεύτερη συμφωνία που αφορά μια θεραπεία πρώτης γραμμής, και συγκεκριμένα ένα χάπι που συνδυάζει τρία διαφορετικά φάρμακα. Η τιμή της θεραπείας αυτής στις αναπτυσσόμενες χώρες μειώνεται με αυτή τη συμφωνία κατά 45%, στο **1 δολάριο/ημέρα**. "Επτά εκατομμύρια άνθρωποι στον αναπτυσσόμενο κόσμο χρειάζονται θεραπεία για τον HIV/AIDS", δήλωσε ο Μπιλ Κλίντον και πρόσθεσε ότι "προσπαθούμε να καλύψουμε αυτή την ανάγκη με τα καλύτερα διαθέσιμα φάρμακα, σε τιμές στις οποίες μπορούν να αντεπεξέλθουν οι χώρες χαμηλού ή μεσαίου εισοδήματος".

Οι συμφωνίες αυτές αφορούν "γενόσημα φάρμακα", δηλ. ουσίες για τις οποίες έχει λήξει ή έχει αποσυρθεί το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας. Ούτως ή άλλως, πάντως, στην Ινδία, όπου έχουν την έδρα τους οι δύο φαρμακοβιομηχανίες με τις οποίες έγιναν οι συμφωνίες, τα διπλώματα ευρεσιτεχνίας δεν ισχύουν. Τις δράσεις του Ιδρύματος Κλίντον χρηματοδοτεί η UNITAID, μια οργάνωση που σχημάτισαν η Γαλλία και άλλες 19 χώρες, που διαθέτουν σε προγράμματα κατά του AIDS ένα μέρος των αεροπορικών φόρων. Το Ίδρυμα Κλίντον, από το 2002 έως σήμερα έχει συνεργαστεί με 25 χώρες σε προγράμματα κατά του HIV/AIDS, ενώ προσφέρει πρόσβαση σε φθηνά φάρμακα κατά του AIDS σε συνολικά 65 χώρες. Επίσης, περίπου 750.000 άνθρωποι χρησιμοποιούν σήμερα φάρμακα κατά του AIDS που αγοράστηκαν μέσω του Ιδρύματος. (www.eurocharity.org).

4.3.3 Νέο φάρμακο για το AIDS (10 / 07 / 2007)



Κυκλοφόρησε και στην Ελλάδα μία νέα αποτελεσματική θεραπεία κατά του AIDS. Η εμπορική ονομασία του νέου σκευάσματος είναι Prezista και έχει αποδειχθεί ότι σε συνδυασμό με άλλα αντιρετροϊκά φάρμακα καταστέλλει τη δράση του ιού HIV. Το σκεύασμα είχε εντυπωσιακά αποτελέσματα στις αρχικές κλινικές μελέτες και σύμφωνα με τους επιστήμονες είναι ένα από τα πιο δραστικά αντιρετροϊκά φάρμακα της τελευταίας δεκαετίας. (www.skai.gr)

4.4 Θεραπευτική αγωγή

Οι προσπάθειες φαρμακευτικής αγωγής αφορούν διάφορες προσεγγίσεις που περιλαμβάνουν θεραπεία λοιμώξεων και κακοηθειών που συνδέονται με HIV , ανακοπή αύξησης και πολλαπλασιασμού μέσω αντι – ιικών μέσων και αύξηση και αποκατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος μέσω χρήσης ανοσοτροποποιητών. Επίσης , ουσιαστική είναι και η υποστηρικτική φροντίδα του αρρώστου. Ελπίζεται ότι η ανάπτυξη εμβολίου στο μέλλον θα βοηθήσει στην πρόληψη λοίμωξης HIV (Σαχίνη Άννα και συν. , 1997).

4.4.1 Λοιμώξεις που σχετίζονται με AIDS

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πολλές προοδοί στη θεραπεία της πνευμονίας από P.Carini. Η τριμεθοπρίνη – σουλφαμεθοξαζώλη (TMP / SMZ) , ένα αντιβακτηριακό φάρμακο , απο καιρό αποτελεί το φάρμακο εκλογής για PCP σε μη – AIDS αρρώστους. Αρρώστοι με AIDS και PCP , που θεραπεύονται με TMP / SMZ δυστηγώς βιώνουν αυξημένη επίπτωση ανεπιθύμητων ενεργειών , όπως εξανθήματα , λευκοπενία και φαρμακευτικό πυρετό.

Η πενταμιδίνη , ένα αντιπρωτοζωικό φάρμακο , είναι μια δεύτερη εκλογή για αντιμετώπιση της PCP. Πολλοί γιατροί αρχίζουν θεραπεία με TMP / SMZ και αν παρουσιαστούν ανεπιθύμητες ενέργειες ή οι άρρωστοι δεν δείχνουν κλινική βελτίωση την αλλάζουν με πενταμιδίνη.Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της πενταμιδίνης περιλαμβάνουν σχηματισμό άσπυτων αποστημάτων στο σημείο ενδομυϊκής ένεσης , διαταραχή μεταβολισμού γλυκόζης , νεφρική βλάβη και καταστολή μυελού των οστών.

Πρόσφατα , η χορήγηση πενταμιδίνης με ψεκάσμο έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη θεραπεία PCP.Τα εισπνεόμενα τεμαχίδια απελευθερώνονται άμεσα στις κυψελίδες , τόπο της λοίμωξης.Υπάρχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες επειδή μόνο μια μικρή ποσότητα φαρμάκου εισέρχεται στη συστηματική κυκλοφορία.

Σύμφωνα με την κ. Σαχίνη άλλα φάρμακα που ερευνώνται για το ρόλο τους στη θεραπεία PCP είναι η δαψόνη ,η τριμεθοπύμη – δαψόνη , η τριμετρεξάτη και η κλινδαμυκίνη με πριμακίνη.

Η παραδοσιακή θεραπεία για κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα είναι η ενδοφλέβια αμφοτερικίνη Β,που χορηγείται για τουλάχιστον 4-6 εβδομάδες.Ο άρρωστος παρακολουθείται στενά για βαρείες δυνητικές ανεπιθύμητες ενέργειες που περιλαμβάνουν αναφυλαξία , νεφρική και ηπατική δυσλειτουργία , ηλεκτρολυτικά ανισοζύγια , αναιμία , πυρετό , ρίγος.Οι συχνές υποτροπές και η υψηλή θνητότητα συχνά καθιστούν απαραίτητη την παρατεταμένη θεραπεία.Σε ορισμένες περιπτώσεις ο άρρωστος συνεχίζει την ενδοφλέβια αγωγή με αμφοτερικίνη στο σπίτι.Η Διάχειριση Φαρμάκου και Τροφής (FDA) των Η.Π.Α ενέκρινε την φθοριοκοναζόλη ως αντιμυκητιακό μέσο για θεραπεία συντήρησης στην κρυπτοκοκκική μηνιγγίτιδα.Το φάρμακο είναι διαθέσιμο σε στοματική μορφή και δεν συνδέεται με βαριές ανεπιθύμητες ενέργειες.Έρευνες συνεχίζουν να εξετάζουν τον ρόλο της φθοριοκοναζόλης και άλλων αντιμυκητιακών μέσων στην θεραπεία κρυπτοκοκκικών λοιμώξεων.(FDA,1990)

Η αμφιβληστροειδίτιδα που προκαλείται από μεγαλοκυτταροϊό είναι η κύρια αιτία τύφλωσης σε άτομα με AIDS.Πρόσφατα , η FDA ενέκρινε την χρήση της γκανσικλοβίρης (ganciclovir) για την θεραπεία αμφιβληστροειδίτιδας απο μεγαλοκυτταροϊό.Επειδή το φάρμακο δεν σκοτώνει αλλά σταματά την αύξηση του ιού , πρέπει να δίνεται για την υπόλοιπη ζωή του αρρώστου.Αρχικά , δίνεται ενδοφλέβια κάθε 8-12 ώρες για 2 εβδομάδες.Η θεραπεία συντήρησης χορηγείται μια φορά την ημέρα , για 5 – 6 ημέρες την εβδομάδα.Ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν καταστολή μυελού των οστών , λευκοπενία και θρομβοπενία,στοματική καντιντίαση και νεφρικές , ηπατικές διαταραχές.

Άλλα φάρμακα που ερευνώνται για θεραπεία αμφιβληστροειδίτιδας περιλαμβάνουν foscarnet , ακυκλοβίρη , διεγερτικό παράγοντα αποικιών κοκκιοκυττάρων και β-ιντερφερόνη.

4.4.2 Κακοήθειες

Στο παρελθόν , η θεραπεία του σαρκώματος Kaposi στηρίζονταν στην χρήση χημειοθεραπευτικών μέσων, όπως αδριαμυκίνης , βινμπλαστίνης , βινκριστίνης και μεθοτρεξάτης , μόνων ή σε συνδυασμό τα αποτελέσματα ωστόσο ήταν φτωχά.

Η FDA ενέκρινε τη χρήση άλφα – ιντερφερόνης.Η άλφα – ιντερφερόνη είναι γνωστή για τα αντί – ιικά και αντινεοπλασματικά αποτελέσματα της.Επίσης , αυξάνει την λειτουργικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος.

Οι ρυθμοί απόκρισης κυμαίνονται μεταξύ 30-50% με την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε αρρώστους με περιορισμένη νόσο και απουσία ευκαιριακών λοιμώξεων.(FDA,1990).

Η ιντερφερόνη χορηγείται απο ενδοφλέβια , ενδομυϊκή ή υποδόρια οδό.Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της περιλαμβάνουν πυρετό , ρίγη , χρόνια κόπωση , κακουχία , μυαλγία , πονοκέφαλο και λευκοπενία.

Τα θεραπευτικά αποτελέσματα για λεμφώματα σχετιζόμενα με AIDS περιορίζονται εξαιτίας της ταχείας εξέλιξης τους.Σχήματα συνδυασμένης χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας έχουν ρυθμούς απόκρισης περι το 50% , πολύ σύντομης διάρκειας.

4.4.3 Αντι-ικα μέσα

Η ανακάλυψη της AZT (διδεοξυθυμιδίνης) είναι μια απο τις πιο σημαντικές προόδους στον αγώνα κατά του AIDS.Το φαρμακο εμποδίζει την αναπαραγωγή του HIV,με μίμηση ενος απο τα μοριακά υλικά που χρησιμοποιούνται απο τον HIV για παραγωγή DNA για νεα σωματίδια ιού.Αλλάζοντας τα δομικά συνθετικά της αλυσίδας DNA,αναστέλει την παραγωγή νέων ιών.Τ ο 1987, η FDA ενέκρινε την AZT για θεραπεία βαριάς λοίμωξης HIV.Πιο πρόσφατα,ωστόσο,ενέκρινε την AZT για αρρώστους σε πρωιμότερα στάδια της πορείας της λοίμωξης,πριν απο την ανάπτυξη μεγάλου βαθμού ανοσοκαταστολή.Ο προσδιορισμός του αριθμού των βοηθητικών Τ-λεμφοκυττάρων (CD4 count)αποτελεί σημαντική παράμετρο για το επίπεδο ανοσοκαταστολής.Φυσιολογικά,ο αριθμός των CD4 κυμαίνεται μεταξύ 700-1200.Σε αρρώστους με αριθμό CD4 κάτω απο 500,δίνεται AZT απο το στόμα 500mg/ημέρα,μοίρασμένη σε ίσες δόσεις.Η AZT επιβραδύνει την ιική αναπαραγωγή,βελτιώνει την ανοσιακή ικανότητα και παρατείνει την ζωή.Οι άρρωστοι που παίρνουν AZT παρουσιάζουν βελτίωση,αισθήματος ευεξίας,αύξηση βάρους,λιγότερες ευκαιριακές λοιμώξεις και βελτίωση της νευρολογικής λειτουργίας μέσα στις πρώτες εβδομάδες θεραπείας.Η επαίδευση του αρρώστου τονίζει την σπουδαιότητα λήψης καθε δόσης.Η AZT μπορεί να είναι πολυ τοξική στο μυελό των οστών.Σε ορισμένες περιπτώσεις το φάρμακο πρέπει να διακοπεί.Πολλοι κλινικοί εξετάζουν τη χρήση αυξητικών παραγόντων,οπως η ερυθροποιητίνη και ο αυξητικός παράγοντας κοκκιοκυτάρων,για την αντιμετώπιση της αναιμίας και της ουδετεροπενίας.Οι αυξητικοί παράγοντες είναι ουσίες που παράγονται φυσικά απο το σώμα για να διεγείρουν αύξηση και παραγωγή τόσο των ερυθρών,όσο και των λευκών αιμοσφαιρίων.(FDA,1990)

Αλλα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της AZT είναι ναυτία,έμετοι,δυσχέρεια,πυρετός,ρίγη,μυαλγίες,πονοκέφαλος και λιγότερο συχνά,σύγχυση,υπνηλία,και σπασμοί.Ο άρρωστος διδάσκεται τη σπουδαιότητα των τακτικών ιατρικών εξετάσεων και την εκτίμηση και αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Σύμφωνα με την κ. Σαχίνη, υπό έρευνα είναι και διάφορα αλλα αντι-ικα φάρμακα.Για πολλους αρρώστους η διδεοξυινοσύνη (ddl)έδωσε καλα αποτελέσματα ως εναλλακτικό της AZT.Οι μηχανισμοί δράσης είναι διαφορικοί για κάθε φάρμακο.

Μερικά απο τα φάρμακα ενεργούν με παρέμβαση στη συγγένεια του HIV με τα T4-λεμφοκύτταρα.Αλλα μεταβάλλουν την ιική μεμβράνη και εμποδίζουν την είσοδο του HIV στα κύτταρα του ξενιστή.Τα περισσότερα απο τα φάρμακα βρίσκονται σε διάφορες φάσεις των κλινικών δοκιμασιών,όπου μελετώνται για τοξικότητα και μέγιστες ανεκτές δόσεις (φάση 1),δραστηριότητα ενάντια στον HIV (φάση 2) και αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με αλλα φάρμακα (φάση 3).(Σαχίνη Άννα και συν.,1997).

4.4.4 Ανοσοτροποποιητές

Η μάχη του AIDS απαιτεί όχι μόνο μέσα που αναχαιτίζουν την ιική αύξηση, αλλά επίσης και μέσα που αποκαθιστούν ή βελτιώνουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, που ανεπαρκεί.

Η ιντερφερόνη μελετάται για τις αντι-ικές ιδιότητες της, καθώς επίσης και για την ικανότητα της να διεγείρει μακροφάγα και T-λεμφοκύτταρα. Άλλες ουσίες που αξιολογούνται για το ρόλο τους στη διέγερση μακροφάγων και λεμφοκυττάρων, περιλαμβάνουν ιντερλευκίνη-2, ισοπριζονίνη, διαιθυλδιθειοκαρβαμάτη (DTC), λεντινάση και αυξητικό παράγοντα κοκκιοκυττάρων-μακροφάγων. Πολλές από αυτές τις ουσίες προκαλούν μια αντίδραση τύπου γρίπης με πυρετό, ρίγη, αρθραλγίες, μυαλγίες, και πονοκέφαλο. Επιπλέον, ορισμένες προκαλούν ναυτία, εμέτους, αύξηση των ηπατικών ενζύμων, ουδετεροπενία, σύγχυση και συμπεριφορικές μεταβολές. Σύμφωνα με την κ. Σαχίνη, ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο σ' αυτό το είδος θεραπείας, με τη συμμετοχή του στην εκτίμηση και αγωγή των ανεπιθύμητων ενεργειών, με παροχή της σωστής υποστήριξης και εκπαίδευσης στους αρρώστους και με συμμετοχή στη συλλογή κλινικών δεδομένων.

4.4.5 Εμβόλιο κατά του HIV

Οι ερευνητές εργάζονται για την ανάπτυξη εμβολίου για HIV από τότε που πρωτοανακαλύφθηκε ο ιός. Σήμερα, υπάρχουν τουλάχιστον επτά εμβόλια, που υφίστανται τις φάσεις 1 και 2 των κλινικών δοκιμασιών. Εξαιτίας της σύνθετης φύσης και συμπεριφοράς του HIV, οι πιο πολλοί επιστήμονες συμφωνούν ότι το εμβόλιο για HIV δεν θα είναι διαθέσιμο για χρήση ως το τέλος της δεκαετίας 1990. Άλλα προβλήματα στην παρασκευή εμβολίου περιλαμβάνουν αναγνώριση ενός κατάλληλου για δοκιμασία πληθυσμού. Τέλος, μπορεί να προκύψουν ορισμένα νομικά και ηθικά θέματα, που περιλαμβάνουν υπευθυνότητας βιομηχάνων, εμφάνιση σοβαρών ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων και ανάπτυξη οροθετικότητας ή και AIDS στα άτομα όπου δοκιμάστηκε το εμβόλιο (Σαχίνη Άννα και συν., 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

5

*AIDS ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΕΠΙΣΤΗΜΗ*



5.1 Έλεγχος Λοίμωξης

Στη φροντίδα αρρώστων με λοίμωξη HIV , επιπλέον των στρατηγικών αγωγής υγείας , ο έλεγχος λοίμωξης είναι μια απο τις πιο σημαντικές ευθύνες για τους νοσηλευτές τόσο στο νοσοκομείο όσο και στην κοινότητα.Οι διαδικασίες ελέγχου λοίμωξης που στηρίζονται στην γνώση μετάδοσης της νόσου , είναι απαραίτητες , προκειμένου να εξαλείψουν τους πολλούς συγκινησιακούς φόβους και μύθους που περιβάλλουν τη λοίμωξη HIV (Σαχίνη Άννα και συν., 1997).

Το πλύσιμο των χεριών παραμένει η πιο σημαντική αρχή ελέγχου λοίμωξης για όλες τις νόσους .Προστατεύει τους ανοσοκατασταλμένους αρρώστους και τους παρέχοντες σε αυτούς φροντίδα.Πρέπει να γίνεται πριν και μετά την επαφή με κάθε άρρωστο και μετα την αφαίρεση των γαντιών.

Γάντια πρέπει να φορούνται όταν :

1. Υπάρχει επαφή με εκρίσεις του σώματος.
2. Φροντίζονται αλλοιώσεις.
3. Γίνονται αλλαγές τραυμάτων ή έναρξη ενδοφλέβιας χορήγησης.
4. Καθαρίζονται άρρωστοι με απώλειες ούρων και κοπράνων.
5. Αλλάζονται λερωμένα λευχειμάτα.
6. Παρέχεται φροντίδα στόματος.

Τα νύχια αυτών που παρέχουν φροντίδα πρέπει να είναι κομμένα και καλά λιμαρισμένα , για αποφυγή διάτρησης των γαντιών.

Λερωμένα ενδύματα και υγρά λευχειμάτα τοποθετούνται μέσα σε σάκους απο χοντρό πλαστικό.Οι βελόνες ενέσεων πρέπει να απορρίπτονται προσεχτικά χωρίς το κάλυμμα τους μέσα σε δοχείο με αδιάτρητα τοιχώματα.

Τα μέσα καθαρισμού που χρησιμοποιούνται στα νοσοκομεία για το δάπεδο και το μπάνιο είναι επαρκή.Ένα φρέσκο διάλυμα χλωρίνης και νερού 1:10 χρησιμοποιείται για καθαρισμό των δαπέδων,του μπάνιου και των νεροχυτών στο σπίτι.Πλύσιμο ρούχων με προσθήκη χλωρίνης και πλύσιμο πιάτων με καυτό νερό και στέγνωμα στον αέρα,είναι επαρκή για να προστατεύσουν απο λοίμωξη HIV τους παρέχοντες φροντίδα και τα μέλη της οικογένειας.Ωστόσο , τα προσωπικά είδη φροντίδας , όπως ξυράφια και οδοντόβουρτσες , δεν θα πρέπει ποτε να μοιράζονται εξαιτίας της πιθανής μετάδοσης απο ορό αίματος.

Τον Αυγούστο του 1987,το CDC δημοσίευσε νέες οδηγίες για την πρόληψη μετάδοσης HIV στα πλαίσια της φροντίδας υγείας.Οι κατευθυντήριες αυτές γραμμές πρότεινουν την κατάργηση των προφυλακτικών μέτρων όσων αφορά το χείρισμο αίματος/βιολογικών υγρών για AIDS ως ειδικής κατηγορίας,γιατι αυτές οι προφυλάξεις πρέπει να λαμβάνονται για όλους τους αρρώστους.Πολλα νοσοκομεία εφαρμόζουν ένα σύστημα που ονομάζεται απομόνωση υλικού σώματος (Body Substance Isolation , BSI) .Το σύστημα αυτό προστατεύει τόσο τους επαγγελματίες υγείας όσο και τους αρρώστους , επειδή η λήψη προφυλακτικών μέτρων δεν σχετίζεται με μια συγκεκριμένη πιθανή διάγνωση.Υπάρχουν ωστόσο , ομοιότητες ανάμεσα στις διεθνής προφυλάξεις για αίμα / υγρά σώματος και του CDC και στο σύστημα BSI .

Διεθνώς καθορισμένες προφυλάξεις για αίμα / υγρά σώματος .

Επειδή το ιατρικό ιστορικό και η εξέταση δεν μπορούν αξιόπιστα να αναγνωρίσουν όλα τα μολυσμένα άτομα με HIV ή άλλα παθογόνα που υπάρχουν στο αίμα πρέπει να χρησιμοποιούνται με συνέπεια για όλους τους αρρώστους προφυλάξεις στο χειρισμό αίματος και υγρών σώματος.

Οι διεθνώς καθορισμένες προφυλάξεις χειρισμού αίματος / υγρών σώματος είναι οι εξής :

1. Γάντια φορούνται για επαφή με αίμα και βιολογικά υγρά , βλεννογόνους ή μη ακέραιο δέρμα όλων των αρρώστων , για χειρισμό αντικειμένων ή επιφανειών που λερώθηκαν με αίμα ή υγρά σώματος και για εκτέλεση φλεβοκεντήσεων και άλλων διαδικασιών αγγειακής προσπέλασης. Τα γάντια πρέπει να αλλάζονται μετά την επαφή με κάθε άρρωστο.
2. Πρέπει να φορούνται μάσκες και προστατευτική θωράκιση οφθαλμών ή προσώπου κατά την διάρκεια διαδικασιών που είναι πιθανό να δημιουργήσουν εκτίναξη σταγόνων αίματος ή άλλου σωματικού υγρού , για να εμποδίσουν έκθεση σε αυτά των βλεννογόνων στόματος , μύτης και οφθαλμών.
3. Πρέπει να φορούνται ρόμπες ή ποδιές κατά την διάρκεια διαδικασιών που είναι πιθανό να προκαλέσουν εκτίναξη αίματος ή άλλου σωματικού υγρού.
4. Τα χέρια και άλλες δερματικές επιφάνειες πρέπει να πλένονται αμέσως και καλά , εαν έρθουν σε επαφή με αίμα ή άλλο σωματικό υγρό. Τα χέρια πρέπει να πλένονται αμέσως μετά την αφαίρεση των γαντιών.
5. Αντικείμενα μιας χρήσης μολυσμένα με σωματικά υλικά πρέπει να τοποθετούνται σε σάκους και να καταστρέφονται σύμφωνα με τοπικούς και πολιτειακούς κανονισμούς.
6. Χρειάζεται προσοχή ώστε να αποφεύγονται τρυπήματα βελόνας. Οι χρησιμοποιούμενες βελόνες δεν πρέπει να καλύπτονται ούτε να κάμπτονται. Πρέπει να τοποθετούνται σε δοχείο αδιάτρητο με κολλημένη ετικέτα , που θα βρίσκεται όσο πιο κοντά γίνεται στον τόπο εργασίας.
7. Οι σταγόνες αίματος πρέπει να καθαρίζονται καλά με διάλυμα 5,25 % υποχλωριόδου νατρίου αραιωμένου με 1:10 μέρη νερού ή ένα καθορισμένο «νοσοκομειακό απολυμαντικό». Οι διεθνείς προφυλάξεις για αίμα και σωματικά υγρά προστατεύουν τον παρέχοντα φροντίδα απο λοιμώδη νοσήματα που μεταδίδονται με αίμα. Νοσήματα αναγνωρισμένα ως μεταδιδόμενα με αίμα περιλαμβάνουν (Σαχίνη Άννα. και συν., 1997) :
 - Σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS)
 - Ιογενείς πυρετούς μεταδοδόμενους με αρθρόποδα (Π.χ. δάγγειος , κίτρινος πυρετός και πυρετός κροτώνων Colorado) .
 - Μπαμπεσιώση
 - Νόσος Creutzfeld-Jacob
 - Ηπατίτιδα Β (συμπεριλαμβανομένων φορέων HbsAg)
 - Ηπατίτιδα C
 - Λεπτοσπείρωση
 - Ελονοσία
 - Πυρετός απο δάγκωμα αρουραίου.
 - Συφιλίδα (αλλοιώσεις δέρματος και βλεννογόνων

5.2 Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

1. Ιστορικό Υγείας.

α. Διαιτητικό ιστορικό : παράγοντες που εμπόδιζαν την στοματική πρόσληψη τροφής , δυνατότητα αρρώστου να αγοράζει τρόφιμα και να παρασκευάζει φαγητό.

β. Παράπονα αρρώστου για βήχα , πτύελα , βράγχυση αναπνοής,ορθόπνοια , ταχύπνοια και θωρακικό πόνο.Επίσης για πονοκέφαλο , αιμοδία και σπασμούς στα άκρα.

γ. Σεξουαλικό ιστορικό και ιστορικό ενδοφλέβιας χρήσης φαρμάκων.

δ. Εκτίμηση επιπέδου γνώσης του αρρώστου , μελών της οικογένειας και φίλων , για την νόσο και τον τρόπο μετάδοσής της.

ε. Αναγνώριση πόρων του αρρώστου για υποστήριξη.

στ. Τρόποι διαπραγμάτευσης του αρρώστου με νόσο και μεγάλα stress της ζωής στο παρελθόν

2. Φυσική εκτίμηση και εκτίμηση συμπεριφοράς

α. Επισκόπηση δέρματος για σημεία ρίξης , εξέλκωσης και λοίμωξης , στοματικής κοιλότητας για ερυθρότητα , εξέλκωση και παρουσία πλακών ενδεικτικών καντιντίασης.

β. Επισκόπηση περιπρωκτικής περιοχής για εκδορά και λοίμωξη σε αρρώστους με σοβαρή διάρροια.

γ. Παρουσία και ποιότητα αναπνευστικών ήχων.

δ. Εκτίμηση νευρολογικής κατάστασης : επίπεδο συνείδησης , προσανατολισμός σε πρόσωπα , χώρο , χρόνο , ύπαρξη κενών μνήμης , αισθητικές διαταραχές , κινητικές διαταραχές , αλλαγές στο βάδισμα , παρουσία πάρεσης.

ε. Εκτίμηση της υδατοηλεκτρολυτικής κατάστασης :δέρμα για ελαστικότητα , βλεννογόνοι για ερυθρότητα και ξηρότητα , μείωση όγκου ούρων και συστολικής αρτηριακής πίεσης και μικρός , συχνός σφιγμός.Σημεία διαταραχής ηλεκτρολυτών : μικροί μυικοί σπασμοί , μυικές κράμπες , άρρυθμος σφυγμός και επιπόλαιες αναπνοές.

στ. Εκτίμηση ψυχολογικής αντίδρασης του αρρώστου στην διάγνωση AIDS: άρνηση , θυμός , φόβος , ντροπή , απόσυρση απο κάθε κοινωνική αλληλεπίδραση.

3. Διαγνωστικές εξετάσεις

α. Για AIDS

β. Για εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης : πρωτεΐνες ορού , επίπεδα τρανσφερίνης.

γ. Καλλιέργειες υγρού εξελκώσεων για αναγνώριση λοιμογόνων οργανισμών

δ. Ακτινογραφία θώρακα , αέρια αρτηριακού αίματος και δοκιμασίες πνευμονικής λειτουργίας , για αναπνευστική κατάσταση.

ε. Ειδικό βάρος ούρων για έλεγχο ενυδάτωσης.

στ. Προσδιορισμός ηλεκτρολυτών ορού.

5.3 Νοσηλευτική Φροντίδα αρρώστου με AIDS – Νοσηλευτική Παρέμβαση

- Προβλήματα του αρρώστου

1. Μειωμένη διακίνηση οξυγόνου (αυξημένες βρογχικές εκκρίσεις και μειωμένη ικανότητα βίχα εξαιτίας αδυναμίας και κόπωσης)
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (μειωμένη στοματική πρόσληψη)
3. Υδατοηλεκτρολυτικό ανισοζύγιο (μειωμένη πρόσληψη , έμετοι , διάρροια , άφθονη εφίδρωση) .
4. Ενεργειακό ανισοζύγιο (πυρετός).
5. Μείωση ασφάλειας (ανοσοανεπάρκεια , κακή λειτουργία νευρικού συστήματος , κινητικές διαταραχές , σπασμοί , επιπλοκές θεραπείας).
6. Μείωση άνεσης (πόνος , δυσχέρεια)
7. Μείωση δραστηριοτήτων (αδυναμία , κόπωση) .
8. Ψυχολογικά προβλήματα (αντίδραση στην διάγνωση) .
9. Οικονομικά προβλήματα (αδυναμία για εργασία , ακριβή θεραπεία) .
10. Κοινωνικά προβλήματα (απόσυρση απο κάθε κοινωνική αλληλεπίδραση) .
11. Έλλειμμα γνώσης , που αφορά την φύση της νόσου , τρόπους μετάδοσης και μέσα προφύλαξης .

- Σκοποί της φροντίδας

1. Επίτευξη και διατήρηση ακεραιότητας δέρματος και βλεννογόνων
2. Αντιμετώπιση διάρροιας.
3. Πρόληψη λοίμωξης.
4. Βελτίωση ανοχής δραστηριότητας.
5. Προαγωγή βελτίωσης διεργασίας σκέψης.
6. Βελτίωση θρεπτικής κατάστασης.
7. Αποκατάσταση και διατήρηση υδατοηλεκτρολυτικής ισοροπίας.
8. Βελτίωση καθαρισμού αεραγωγού.
9. Αύξηση γνώσης που αφορά πρόληψη μετάδοσης της νόσου.
10. Μείωση αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης.

- Νοσηλευτική Παρέμβαση

1. Για επίτευξη και διατήρηση ακεραιότητας δέρματος και βλεννογόνων :
 - α. Τακτική εκτίμηση δέρματος και στοματικού βλεννογόνου για αλλαγές σε όψη , για εντόπιση και μέγεθος αλλοιώσεων και για σημεία λοίμωξης.
 - β. Βοήθεια ακίνητων αρρώστων να αλλάζουν θέση κάθε 2 ώρες.Χρήση αεροστρώματος για πρόληψη ρήξης του δέρματος.Τεντωμένα λευχείματα , αποφυγή σφιχτών ρούχων .
 - γ. Ενθάρρυνση αρρώστων να αποφεύγουν εκδορές , να χρησιμοποιούν μαλακά σαπούνια και να εφαρμόζουν σε ξηρές επιφάνειες δερματικά ενυδατικά χωρίς άρωμα και να φροντίζουν τακτικά το στόμα τους .
 - δ. Εφαρμογή σε αλλοιωμένες δερματικές επιφάνειες φαρμακευτικών λοσιών , αλοιφών και επιδέσεων , σύμφωνα με ιατρική οδηγία .

ε. Χορήγηση αντικνησμικών , αντιβιοτικών και αναλγητικών , σύμφωνα με ιατρική οδηγία .

στ. Διατήρηση περι πρωκτικής περιοχής όσο το δυνατό καθαρότερης .Καθαρισμός της μετα απο κάθε κένωση , με μαλακό σαπούνι και νερό.Χρήση μαλακών εσωρούχων.

2. Για αντιμετώπιση διάρροιας :

α. Περιορισμός στοματικής πρόσληψης , αν ενδείκνυται και προτείνεται απο το γιατρό , για ανάπαυση του εντέρου σε περιόδους οξείας φλεγμονής που συνδέεται με βαριές εντερικές λοιμώξεις .

β. Με την πρόοδο της διαιτητικής πρόσληψης , αποφυγή ερεθιστικών τροφών και λήψη μικρών και συχνών γευμάτων.

γ. Χορήγηση , με βάση ιατρική οδηγία , αντιχολινεργικών , αντισπασμοδικών ή οπιούχων.Επίσης αντιβιοτικών και αντιμυκητιακών μέσων για καταπολέμηση παθογόνων που αναγνωρίστηκαν απο καλλιέργειες κοπράνων.

δ. Αποθάρρυνση καπνίσματος , γιατί η νικοτίνη ενεργεί ως διεγερτικό του εντέρου.

ε. Πρόσληψη 2.500 ml υγρών , εκτος αν αντενδείκνυται.

3. Για πρόληψη λοίμωξης :

α. Παρακολούθηση αρρώστου για σημεία και συμπτώματα λοίμωξης : πυρετό,ρίγη και εφίδρωση,βήχα, βράγχυση αναπνοής,στοματικό πόνο ή επώδυνη κατάποση,αφρογαλακτώδεις λευκές πλάκες στη στοματική κοιλότητα,συχνουρία,δυσουρία,ερυθρότητα,οίδημα ή παροχέτευση από δερματικό τραύμα,φυσαλιδώδεις αλλοιώσεις στο πρόσωπο,χειλή ή περιπρωκτική περιοχή.

β. Διδασκαλία αρρώστου και παρέχοντα φροντίδα , για ανάγκη αναφοράς σημείων και συμπτωμάτων λοίμωξης.

γ. Παρακολούθηση λευκών και τύπου.

δ. Καλλιέργειες υγρού παροχέτευσης τραυμάτων , αλλοιώσεων δέρματος , ούρων , κοπράνων , πτυέλων και αίματος και εφαρμογή αντιμικροβιακής θεραπείας , σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

ε. Διδασκαλία αρρώστου για τρόπους πρόληψης λοίμωξης :

- ο Καθαρισμός κουζίνας και μπάνιου με απολυμαντικά.
- ο Τέλειος καθαρισμός χεριών μετά απο έκθεση σε σωματικά υγρά.
- ο Αποφυγή έκθεσης σε σωματικά υγρά άλλων ή χρήση κοινών σκευών φαγητού.
- ο Γύρισμα , βήξιμο και βαθιές αναπνοές , ειδικά όταν μειώνεται η δραστηριότητα.
- ο Διατήρηση καθαρής της περι πρωκτικής περιοχής.

στ. Άσηπτη τεχνική στις αιματηρές διαδικασίες και στον καθετηριασμό κύστης.

4. Για βελτίωση ανοχής δραστηριότητας:

α. Εκτίμηση ανοχής δραστηριότητας του αρρώστου με παρακολούθηση της ικανότητας του να σηκώνεται απο το κρεβάτι και να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες.

- β.** Βοήθεια στο σχεδιασμό καθημερινής ρουτίνας , που διατηρεί ισορροπία ανάμεσα σε δραστηριότητα και ανάπαυση.
- γ.** Διδασκαλία τεχνικών συντήρησης ενέργειας , όπως χρήση καθιστής θέσης κατα το πλύσιμο ή μαγείρεμα , διατήρηση σε κοντινή θέση αντικειμένων που χρησιμοποιούνται συχνά.
- δ.** Χρήση μέσων , όπως χαλάρωση για μείωση άγχους , που συνεισφέρουν στην αντιμετώπιση αίσθησης αδυναμίας και κόπωσης.

5. Για προαγωγή διεργασιών σκέψης :

- α.** Εκτίμηση αρρώστου για διαταραχή διεργασιών σκέψης , όπως μειωμένη προσοχή , διαταραγμένη μνήμη , σύγχυση , αποπροσανατολισμός , διέγερση και μειωμένο επίπεδο συνείδησης.
- β.** Επαναπροσανατολισμός του αρρώστου σε πρόσωπα , τόπο και χρόνο , ανάλογα με την κατάσταση. Έχετε ημερόλογο και ρολόι σε σημείο που μπορεί να τα βλέπει ο άρρωστος. Αφήνεται χαμηλό φως τη νύχτα.
- γ.** Ενθάρρυνση οικογένειας και φίλων να επισκέπτονται τον άρρωστο για να του δημιουργούν οικείο και λιγότερο απειλητικό περιβάλλον.
- δ.** Αργή επανάληψη των οδηγιών χρησιμοποιώντας απλή και καθαρή γλώσσα.
- ε.** Λήψη μέτρων για προστασία του αρρώστου από βλάβη.

6. Για βελτίωση θρεπτικής κατάστασης :

- α.** Εκτίμηση αρρώστου για σημεία πλημελούς θρέψης μέσω των ακόλουθων : υψους , βάρους , ηλικίας , επιπέδων πρωτεΐνης ορού και τρανσφερίνης , αιμοσφαιρίνης , αιματοκρίτη , απώλειας δερματικής αντιδραστικότητας και ανθρωπομετρικών μετρήσεων.
- β.** Λήψη διαιτητικού ιστορικού , συμπεριλαμβανομένων συμπαθειών και αντιπαθειών και ανοχής τροφών.
- γ.** Εκτίμηση παραγόντων που παρεμποδίζουν στοματική πρόσληψη.
- δ.** Συνεργασία με διαιτολόγο για να προσδιοριστούν οι θρεπτικές ανάγκες του αρρώστου.
- ε.** Μείωση παραγόντων που περιορίζουν στοματική πρόσληψη.
 - ο Ενθάρρυνση αρρώστου να ξεκουράζεται πριν από τα γεύματα.
 - ο Σχεδιασμός γευμάτων , ώστε να μην λαμβάνονται αμέσως μετά από οδυνηρές ή δυσάρεστες διαδικασίες.
 - ο Ενθάρρυνση αρρώστου να παίρνει τα γεύματα με επισκέπτες ή άλλους στο σπίτι , αν είναι δυνατό.
 - ο Ενθάρρυνση αρρώστου να παρασκευάζει απλά γεύματα ή να έχει βοήθεια στην προπαρασκευή τους , αν είναι δυνατό.
 - ο Συνολικά , 6 μικρά γεύματα την ημέρα.
 - ο Περιρισμός υγρών μια ώρα πριν από το γεύμα και κατά την διάρκεια του.
- στ.** Διδασκαλία αρρώστου για τρόπους συμπλήρωσης θρεπτικής αξίας των γευμάτων : να καταναλώνει τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνη (κρέας , ψάρι , όσπρια , προϊόντα γάλακτος) και υδατάνθρακες (αμυλώδη , φρούτα , γλυκά)
- ζ.** Χρήση τεχνητής διατροφής ή παρεντερικής θρέψης , με ιατρική οδηγία .
- η.** Συνεργασία με κοινωνικό λειτουργό , για να βρεθούν μέσα για παροχή οικονομικής βοήθειας , αν ο άρρωστος δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να αγοράσει τρόφιμα.

7. Για αποκατάσταση και διατήρηση υδατοηλεκτρολυτικής ισορροπίας.

- α.** Παρακολούθηση σε συνεχή βάση , ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών: ελαστικότητα δέρματος , καθημερινή μέτρηση προσλαμβανομένων – αποβαλλομένων υγρών και ειδικού βάρους ούρων , συχνή μέτρηση συστολικής αρτηριακής πίεσης και σφυγμού σε σχέση με την θέση του αρρώστου και συχνός προσδιορισμός ηλεκτρολυτών ορού , Hb και Ht .
- β.** Παρακολούθηση για σημεία και συμπτώματα διαταραχής ηλεκτρολυτών , όπως μυϊκές κράμπες , αδυναμία , άρρυθμος σφυγμός , μειωμένη διανοητική κατάσταση , ναυτία και έμετοι που αναγράφονται και αναφέρονται στο γιατρό.
- γ.** Βοήθεια αρρώστου στην επιλογή τροφών που θα αναπληρώσουν απώλειες ηλεκτρολυτών.
- δ.** Καθημερινή πρόσληψη 2,500ml υγρών , εκτός αν αντενδείκνυται.
- ε.** Αν οι διαταραχές επιμένουν , ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών , σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

8. Για βελτίωση καθαρισμού αεραγωγού :

- α.** Εκτίμηση και αναφορά σημείων και συμπτωμάτων αλλαγής της αναπνευστικής κατάστασης(ταχύπνοια,χρήση επικουρικών μυών,βήχας,χρώμα και ποσότητα πτυέλων , παθολογικοί αναπνευστικοί ήχοι , κυάνωση , ανησυχία , σύγχυση ή υπνηλία) .
- β.** Λήψη δείγματος πτυέλων για καλλιέργεια , με ιατρική οδηγία.Χορήγηση αντιμικροβιακών μέσων , με βάση ιατρική οδηγία.
- γ.** Παροχή πνευμονικής φροντίδας (βήχας , βαθιές αναπνοές , θεσική παροχέτευση και δονήσεις) κάθε 2 – 4 ώρες.
- δ.** Διατήρηση θέσης ημι-ή ψηλής Fowler.
- ε.** Ενθάρρυνση επαρκούς ανάπαυσης.
- στ.**Έναρξη μέτρων για μείωση της γλοιότητας των εκκρίσεων :
 - Διατήρηση πρόσληψης υγρών στα 2,500 ml τουλάχιστον
 - Εφύγραση εισπνεόμενου αέρα
 - Χρήση βλεννολυτικών μέσων μέσω νεφελοποιητών , με ιατρική οδηγία
- ζ.** Τραχειακή αναρρόφηση , αν χρειάζεται.
- η.** Χορήγηση οξυγόνου , με ιατρική οδηγία.
- θ.** Βοήθεια στην ενδοτραχειακή διασωλήνωση για μηχανικό αερισμό.

9. Για αύξηση γνώσης που αφορά πρόληψη μετάδοσης της νόσου :

- α.** Διδασκαλία αρρώστου , οικογένειας και φίλων για τις οδούς μετάδοσης του HIV.
- β.** Διδασκαλία αρρώστου , οικογένειας και φίλων για τα μέσα πρόληψης μετάδοσης του HIV.
 - Αποφυγή σεξουαλικής επαφής με πολλαπλούς συντρόφους .
 - Χρησιμοποίηση προφυλάξεων όταν δεν είναι απολύτως βέβαιο ότι ο ερωτικός σύντροφος δεν έχει εκτεθεί στον HIV μέσω χρήσης ενδοφλέβιου φαρμάκου , σεξουαλικής επαφής ή αίματος και προϊόντων αίματος.
 - Χρήση προφυλακτικών κατά την συνουσία.

- Αποφυγή στοματικής επαφής με πέος , κόλπο ή απευθυσμένο.
- Αποφυγή σεξουαλικών πρακτικών που μπορούν να προκαλέσουν κοψίματα ή ριζεις στο βλενογόνο του ορθού , του κόλλου και του πέους.
- Αποφυγή χρήσης ενδοφλέβιων φαρμάκων.Αν ο άρρωστος είναι τοξικομανής και ανίκανος ή απρόθυμος να αλλάξει συμπεριφορά , χρήση καθαρών βελονών και συρίγγων.
- Γυναίκες που εκτέθηκαν σε AIDS μέσω σεξουαλικών πρακτικών ή ενδοφλέβιων φαρμάκων , πρέπει να συμβουλευονται το γιατρό πριν απο εγκυμοσύνη

10. Για μείωση αισθήματος κοινωνικής απομόνωσης :

- α.** Εκτίμηση των συνήθων προτύπων κοινωνικής αλληλεπίδρασης του αρρώστου
- β.** Παρακολούθηση για συμπεριφορές ενδεικτικές κοινωνικής απομόνωσης , όπως μειωμένες αλληλεπιδράσεις με προσωπικό ή οικογένεια και φίλους , εχθρότητα , μη συμμόρφωση , κακή διάθεση και έκφραση με λόγια αισθημάτων απόρριψης ή απομόνωσης .
- γ.** Ακριβής πληροφόρηση για τρόπους μετάδοσης του HIV , για διόρθωση παρεξηγήσεων και απαλλαγή απο άγχος.
- δ.** Βοήθεια αρρώστου να αναγνωρίσει και να διερευνήσει πόρους (οικογένεια , φίλοι) που θα τον υποστηρίξουν και θα τον βοηθήσουν θετικά να αντιμετωπίσει την κατάστασή του.
- ε.** Αφιέρωση χρόνου απο το νοσηλευτή , εκτός εκείνου για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις , για παραμονή με τον άρρωστο , ώστε να έχει ευκαιρία για κοινωνική αλληλεπίδραση.
- στ.** Ενθάρρυνση αρρώστου να συμμετέχει σε ποικίλες δραστηριότητες , όπως μελέτη , παρακολούθηση TV ή χειροτεχνία.

- Αξιολόγηση

Αναμενόμενα Αποτελέσματα

1. Έχει συνηθισμένη κένωση εντέρου
2. Δεν παρουσιάζει λοιμώξεις. Διατηρεί ακεραιότητα δέρματος.
3. Διατηρεί το σύνηθες επίπεδο διεργασιών σκέψης
4. Διατηρεί ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών
5. Διατηρεί αποτελεσματικό καθαρισμό αεραγωγού
6. Βιώνει αυξημένο αίσθημα άνεσης
7. Διατηρεί επαρκή θρεπτική κατάσταση και ανοχή δραστηριότητας
8. Κατανοεί τα μέσα πρόληψης μετάδοσης της νόσου
9. Βιώνει μειωμένο αίσθημα κοινωνικής απομόνωσης.

5.4 Ασθενείς με AIDS και νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι

Η επιδημία του AIDS με την ταχεία εξάπλωση της και τις δραματικές επιπτώσεις της στο κοινωνικό σύνολο αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας , με ευρείες κοινωνικές , πολιτισμικές , οικονομικές , πολιτικές και ηθικές διαστάσεις (Βογιατζάκης , 1995)

Ακόμα η επιδημία του AIDS δημιουργεί αλυσιδοτές αντιδράσεις στο κοινωνικό σύστημα με ποικίλες αντιδράσεις σε πολλούς τομείς , ένας απο τους οποίους είναι ο τομέας της παροχής υπηρεσιών υγείας. Έτσι το AIDS θέτει σε κρίση τα δομημένα είδη υγειονομικά συστήματα των χωρών , τόσο σε επίπεδο οργάνωσης , όσο και σε επίπεδο στελέχωσής τους .(Παπαευαγγέλου κ.α. , 1988).Σαν απότοκος αυτής της κρίσης ήταν η αναζήτηση νέων οργανωτικών μορφών για τα συστήματα υγείας αλλά και η αναζήτηση οικονομικών και ανθρώπινων πόρων προκειμένου να οργανωθεί η περίθαλψη των ασθενών με AIDS κατα τα πρότυπα των άλλων χρόνιων ασθενειών (Cary.A. , 1995)

Απο τη διεθνή βιβλιογραφία και πρακτική φαίνεται οτι η κατοίκον νοσηλεία στις διάφορες ομάδες ασθενών αλλά και στους ασθενείς με AIDS είναι η καλύτερη επιλογή.

5.4.1. Ο θεσμός της κατοίκον νοσηλείας

Η αρχή της προγραμματισμένης νοσηλείας στο σπίτι γίνεται απο την πόλη Liverpool της Αγγλίας το 1859 με τον William Rothbone.Ο θεσμός σήμερα έχει αναπτυχθεί σε διεθνή κλίμακα.

Αν και η νοσηλεία των αρρώστων στο σπίτι ήταν η συνήθης πρακτική για το ανθρώπινο είδος , για πολλούς αιώνες , η ανάπτυξη των επιστημών αλλά και των επαγγελματιών υγείας , ανέδειξε την ανάγκη για την παροχή εξειδικευμένων φροντίδων που δεν ήταν δυνατό όλες τις φορές να παρέχονται στο σπίτι.Έτσι σταδιακά αναπτύχθηκαν τα νοσοκομεία.Παρ όλα αυτά η φροντίδα στο σπίτι αποτελούσε μέχρι τα μέσα το 20^{ου} Αιώνα ένα σημαντικό κομμάτι της παροχής φροντίδας υγείας.Σταδιακά , με την επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού , την έμφαση που δόθηκε στην κλειστή περίθαλψη απο τις κυβερνήσεις των χωρών και τον τρόπο χρηματοδότησης των τομέων παροχής υπηρεσιών υγείας , ο κύριος όγκος της φροντίδας μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο.

Όμως η δραματική αύξηση του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης τα τελευταία χρόνια έκανε αναγκαία και πάλι την στροφή προς την φροντίδα υγείας στο σπίτι σαν ένα μέσο για την εξοικονόμηση χρημάτων για τις κυβερνήσεις των διαφόρων κρατών. Εκτός όμως απο την εξοικονόμηση πόρων , υπάρχουν και ανθρωπιστικοί λόγοι για την στροφή προς την ανάπτυξη υποστηρικτικών υπηρεσιών της φροντίδας υγείας στο σπίτι.Ο ασθενής ο οποίος νοσηλεύεται μέσα στην θαλπωρή του σπιτιού του περνά την αρρώστεια και τις δυσκολίες της ανάμεσα στα προσφιλή του πρόσωπα.Αυτό του δίνει ψυχική ασφάλεια και τον βοηθά να χρησιμοποιήσει όλες τις εσωτερικές του δυνάμεις για την προσαρμογή του στην ασθένεια και την αντιμετώπιση των δυσκολιών που αυτή συνεπάγεται.

Η παροχή υπηρεσιών υγείας στο σπίτι απαιτεί διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας που παρέχουν φροντίδες.

Οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας στο σπίτι είναι ο γιατρός , ο νοσηλευτής , ο επισκέπτης υγείας , ο ίδιος ο ασθενής , η οικογένεια , οι φίλοι , εθελοντές , αλλά και άλλοι επαγγελματίες ανάλογα με την περίπτωση.Ο νοσηλευτής είναι ο κύριος μοχλός της κατ'οικον νοσηλείας.Για το λόγο αυτό απαιτείται υψηλό επίπεδο κατάρτισης , κλινική και επιστημονική εμπειρία., οργανωτικές , διοικητικές ικανότητες και άριστες διαπροσωπικές σχέσεις απο την πλευρά του νοσηλευτή.

Απο πλευράς της οικογένειας προκύπτουν επίσης ζητήματα όπως κατα πόσο η οικογένεια είναι σε θέση να παρέχει αποτελεσματικές φροντίδες της στο μελος της που ασθενεί.Η ικανότητα της οικογένειας για την παροχή αποτελεσματικών φροντίδων εξαρτάται απο την δομή και την συνοχή της οικογένειας , τις σχέσεις και το εν γένει κλίμα μέσα στην οικογένεια και απο την φυσική και ψυχολογική κατάσταση αυτών , απο τα μέλη της οικογένειας που θα επιφορτιστούν μέρος της φροντίδας (Minarik.P. , 1997)

Ακόμα η ικανότητα της οικογένειας για συμμετοχή στην φροντίδα εξαρτάται απο το είδος της ασθένειας και απο την δομή και οργάνωση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο σπίτι που λειτουργούν στην περιοχή που κατοικεί η οικογένεια (Σαουντζή Δ. , 1991)

5.4.2 Νοσηλεία ασθενών με AIDS και επαγγελματίες υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν στην εποχή μας την πρόκληση να εμπλακούν στην φροντίδα ατόμων φορέων HIV και ασθενών που πάσχουν απο AIDS.Όμως η νόσος του AIDS έχει εμφανιστεί σχετικά πρόσφατα , είναι θανατηφόρος νόσος , δεν έχει ανακαλυφθεί ακόμα εμβόλιο ή φάρμακο για την καταπολέμησή της και συνδέεται συνειρμικά και υποσυνείδητα με «μη καθώς πρέπει» συμπεριφορές (Blumenfield M. , 1987)

Τα στοιχεία αυτά εγείρουν στην πλειοψηφία των ανθρώπων μια σειρά αντιδράσεων που εμπρικλείουν το φόβο και έχουν τις ρίζες τους σε προκαταλήψεις , στάσεις , στερότυπα και στην άγνοια (Young F.W , 1988).Οι επαγγελματίες υγείας σαν άνθρωποι , δέχονται τα ίδια κοινωνικά ερεθίσματα με τον υπόλοιπο πληθυσμό και έχουν διαμορφωμένες τις προσωπικές τους στάσεις πρικαταλήψεις και φόβους.Η αύξηση της γνώσης για την νόσο βοηθά στην βελτίωση της στάσης των επαγγελματιών υγείας , συντελεί στην μείωση του φόβου και συντελεί επίσης στην καλύτερη αντιμετώπιση ασθενών με AIDS.

Παρ 'όλο που η εκπαιδευτική προετοιμασία των επαγγελματιών υγείας για την φροντίδα ασθενών με AIDS αποτελεί κατα ένα μεγάλο βαθμό μέρος της προπτυχιακής τους εκπαίδευσης , η παροχη επιπλέον εκπαίδευσης στους επαγγελματίες που θα ασχοληθούν με την φροντίδα ατόμων , φορέων HIV και ασθενών με AIDS , τόσο στο νοσοκομείο όσο και στην κοινότητα , είναι μια αναντίρρητη αναγκαιότητα (Κορνάρου Ε. κ.α , 1994).

5.4.3 Νοσηλευτική φροντίδα φορέων HIV και ασθενών με AIDS στο σπίτι

Η ακολουθούμενη πρακτική για την φροντίδα υγείας στο σπίτι των φορέων HIV αλλά και των ασθενών με AIDS αποτελούν μέρος των παρεχόμενων υπηρεσιών στα άτομα αυτά και τις οικογένειές τους (FHSA , 1991).Οι νοσηλευτές σαν επαγγελματίες καλούνται να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας στο σπίτι για τα άτομα αυτά και τις οικογένειές τους γιατί όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται , οι νοσηλευτικές υπηρεσίες στο μέλλον όπως και σήμερα θα συνεχίσουν να εστιάζονται στον ευάλωτο πληθυσμό και θα συμπληρώνουν την φροντίδα της οικογένειας.

Παράγοντες που ρυθμίζουν κατα πόσο ο ασθενής μπορεί να νοσηλευτεί στο σπίτι είναι:

1. Ιατρική συγκατάθεση
2. Οργανωμένη υπηρεσία για φροντίδα στο σπίτι
3. Η οικονομική κατάσταση της οικογένειας
4. Η δυνατότητα παραχώρησης μοναχικού δωματίου
5. Η προσαρμογή της οικογένειας στο νέο πρόγραμμα ζωής
6. Η ψυχολογικές επιπτώσεις αρρώστου και οικογένειας και άλλοι παράγοντες

Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας από μέρους των HIV θετικών ατόμων ποικίλει ανάλογα με το στάδιο της ασθένειας.Η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι στοχεύει στην υποστήριξη των βιολογικών , ψυχικών , πνευματικών και κοινωνικών αναγκών του ασθενούς.Στόχος της νοσηλευτικής φροντίδας στην αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενούς είναι η ενεργοποίηση και η εκπαίδευση του ασθενούς και των οικείων του κατα τρόπο ώστε να μην περιορίζονται οι προσπάθειές του για αυτοφροντίδα.

Ο νοσηλευτής ενημερώνει τους οικείους για τα πιθανά συμπτώματα που αναμένεται να παρουσιαστούν ιδιαίτερα απο το πεπτικό , το ουροποιητικό , αναπνευστικό και το νευρικό σύστημα , απο το δέρμα με ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη κατακλίσεων. Ακόμα τονίζει ιδιαίτερα τον κίνδυνο λοιμώξεων των ασθενών λόγω της προσβολής του ανοσοποιητικού τους συστήματος και τέλος , δίνει πρακτικές οδηγίες και εφαρμόζει ειδικά σχεδιασμένα προγράμματα αγωγής υγείας για τους συγγενείς και τους φίλους που είναι πρόθυμοι να παρέχουν φροντίδες στον ασθενή (Burnard P. , 1992)

Τα προγράμματα αυτά αφορούν στην :

1. Ατομική υγιεινή του ασθενούς (Σχολαστικός καθαρισμός χεριών πριν και μετα τα γεύματα , καθαρισμός στοματικής κοιλότητας κτλ)
2. Ενημέρωση για την αναγκαιότητα να μην χρησιμοποιούνται τα προσωπικά αντικείμενα του ασθενούς (Οδοντόβουρτσες , ξυραφάκια) , να μην χρησιμοποιούνται απο άλλα πρόσωπα
3. Ενημέρωση για την φροντίδα των ειδών εστίασεως.Τα είδη εστίασεως πλένονται κατα το συνήθη τρόπο και στην συνέχεια θα πρέπει να παραμένουν σε διάλυμα χλωρίνης 10% για δεκαπέντε λεπτά
4. Ο ακάθαρτος ιματισμός πλένεται στο πλυντήριο στους 90°C ή στο χέρι με την προϋπόθεση οτι θα χρησιμοποιούνται για το πλύσιμο γάντια οικιακής χρήσεως για την αποφυγή τυχόν μολύνσεων μέσω αμυχών του δέρματος.
5. Για τα έπιπλα δεν απαιτείται ειδική φροντίδα , ενώ για τα ιατρικά μηχανήματα και συσκευές ισχύει οτι και στο νοσοκομείο.

6. Τα αιχμηρά αντικείμενα συλλέγονται με προσοχή προς αποφυγή ατυχημάτων και καίγονται με τα υπόλοιπα απορρίματα εφ' όσον αυτό είναι δυνατό.Επι του παρόντος δεν έχει δοθεί λύση στο πρόβλημα της διάθεσης μολυσμένων απορριμάτων στις μεγάλες πόλεις.Εφ' όσον δεν υπάρχει άλλη λύση τα μολυσμένα απορρίματα καλά κλεισμένα σε σακούλες , πρέπει να παραδίδονται στο αυτοκίνητο συλλογής απορριμάτων ακριβώς τη στιγμή της συλλογής.
7. Για την πρόληψη διασποράς βιολογικών υγρών και για την καθαριότητα του χώρου ισχύει οτι και στο νοσοκομείο.

Οι νοσηλευτές εκτός απο την διδασκαλία παρέχουν νοσηλευτικές φροντίδες , ατομική υγιεινή , αλλαγές τραυμάτων , ενέσεις κτλ.Χρήσιμο είναι οι φορείς HIV και οι ασθενείς με AIDS , με τη συγκατάθεση του θεράποντος ιατρού , να φέρουν εμφυτευόμενες συσκευές μόνιμης φλεβικής επικοινωνίας γιατι η συχνη ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων , όπως και στις περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από άλλα νοσήματα , δημιουργεί προβλήματα στην νοσηλεία που μπορούν να μειωθούν με την χρήση εμφυτευόμενων συσκευών μόνιμης φλεβικής επικοινωνίας (Κουκίου Κ. κ.α. , 1992)

Ακόμα οι νοσηλευτές εφ' όσον είναι εξειδικευμένοι στο αντικείμενο , παρέχουν συμβουλευτική και υποστηρικτική τσο στους ασθενείς οσο και στα μέλη της οικογένειας τους.

Το AIDS οπως και οποιαδήποτε άλλη απειλητική για την ζωή είτε κοινωνικά «στιγματοφόρος» ασθένεια , δημιουργεί σημαντικά μεγάλες ψυχολογικές και κοινωνικές πιέσεις τόσο στους ασθενείς οσο και στα μέλη των οικογενειών και στους στενούς φίλους τους , για αυτό είναι απαραίτητη η συμβουλευτική τους υποστήριξη.Όταν ο νοσηλευτής δεν είναι εξειδικευμένος , τότε παραπέμπει τους ενδιαφερομένους σε ειδικευμένους συμβούλους. (Burnard P. , 1992)

Η πληροφόρηση των ασθενών και των οικογενειών τους σχετικά με διαθέσιμες υπηρεσίες για την εξυπηρέτηση και επίλυση των προβλημάτων αποτελεί επίσης μια δραστηριότητα του νοσηλευτή στην φροντίδα υγείας στο σπίτι.Ο νοσηλευτής δίνει πληροφορίες είτε παραπέμπει σε άλλους επαγγελματίες ανάλογα με τη φύση του προβλήματος.(FHSA , 1991).

Τέλος , οι νοσηλευτές λειτουργούν σαν συνδετικοί κρίκοι για την ομάδα υγείας καθώς και με τη συχνότερη επαφή που έχουν με τον ασθενή και την οικογένειά του ανιχνεύουν έγκαιρα τις ανάγκες των ανθρώπων αυτών , παραπέμπουν σε ειδικούς , οπου και οταν χρειάζονται και ενημερώνουν τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας.

5.5 Συμβουλευτική και χρήση συμβουλευτικών δεξιοτήτων απο τους Νοσηλευτές

Με την εμφάνιση της επιδημίας του AIDS οι νοσηλευτές βρέθηκαν στην πρώτη γραμμή της παροχής φροντίδας.Η επιδημία του AIDS επηρέασε σε πολλους τομείς τις παρεχόμενες νοσηλευτικές φροντίδες γιατι οι νοσηλευτές συνειδητοποίησαν την αναγκαιότητα να χρησιμοποιούν μια ευρύτερη γκάμα νοσηλευτικών παρεμβάσεων σαν μέσο βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας στα AIDS / HIV άτομα.Το AIDS αποτέλεσε μια πρόκληση για την νοσηλευτική.

Με την πάροδο του χρόνου και σε συνδυασμό με τις σημαντικές προόδους στον τομέα της επιδημιολογίας της νόσου της ιολογίας , της κλινικής θεραπείας και φροντίδας , σημαντικές επίσης πρόοδοι σημειώθηκαν στην μελέτη των ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων του HIV / AIDS και στην ιοθέτηση της συμβουλευτικής παρέμβασης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.Τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα των ασθενών και των οικογενειών τους έχουν την βάση τους στο γεγονός ότι το AIDS είναι μια ασθένεια απειλητική για την ζωή του ανθρώπου , κοινωνικά στιγματοφόρος , ίσως γιατί είναι συνδεδεμένη συνειρμικά για τους περισσότερους ανθρώπους με αρνητικά στερεότυπα για «μη καθώς πρέπει συμπεριφορές» (Bayne R. , 1993).Η επιδημία του AIDS ανέδειξε τόσο την ανάγκη να χρησιμοποιούν ευρύτερα οι νοσηλευτές τις συμβουλευτικές δεξιότητες και τη συμβουλευτική στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας , όσο και την ανάγκη των νοσηλευτών να εκπαιδευτούν εντατικότερα και εκτενέστερα στη συμβουλευτική και τις συμβουλευτικές δεξιότητες.Σήμερα στις Η.Π.Α. , το Ηνωμένο Βασίλειο αλλά και σε άλλες χώρες οι νοσηλευτές παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες στον αγώνα κατα του AIDS (Jones A. , 1990).

Η παροχή συμβουλευτικής για τα HIV / AIDS άτομα και τις οικογένειές τους και η χρήση συμβουλευτικών δεξιοτήτων στην φροντίδα των ατόμων αυτών είναι ένας τομέας που δεν έτυχε της δέουσας προσοχής στη χώρα μας απο πλευράς νοσηλευτών.Το όλο ζήτημα δεν φαίνεται να έχει απασχολήσει τους νοσηλευτές στην χώρα μας , ίσως γιατί δυσκολεύονται να προσδιορίσουν το συμβουλευτικό τους ρόλο και τη χρήση συμβουλευτικών δεξιοτήτων στην άσκηση των γενικών τους νοσηλευτικών καθηκόντων.Ομως θα πρέπει και οι νοσηλευτές της χώρας μας να προετοιμαστούν κατάλληλα ώστε όχι μόνο να συμπεριλάβουν συμβουλευτικές δεξιότητες στην παροχή φροντιδας στα HIV / AIDS άτομα και τις οικογένειές τους , αλλά να συνειδητοποιούν αυτές τις συμβουλευτικές παρεμβάσεις όταν τις χρησιμοποιούν ώστε τις φροντίδες αυτές να μην τις παρέχουν αποσπασματικά.Τα επιχειρήματα που ενισχύουν τους ισχυρισμούς μας αυτούς είναι οι επιτυχείς ενασχόληση των νοσηλευτών στον τομέα αυτό σε άλλες χώρες , αλλά και το γεγονός ότι οι νοσηλευτές απο την βασική τους εκπαίδευση εκπαιδεύονται στο χειρισμό ανθρώπων που περνούν κρίση εξαιτίας της αρρώστιας και της συσσώρευσης διαφόρων προβλημάτων που αυτοί αντιμετωπίζουν.

5.5.1 Η Συμβουλευτική στην άσκηση του νοσηλευτικού έργου

Οι νοσηλευτές είναι επαγγελματίες υγείας και αναμένεται απο αυτούς να διαθέτουν ικανότητες στο χειρισμό των ανθρώπων,να είναι σε θέση να αντλούν πληροφορίες για την εν γένει κατάσταση του ατόμου μέσω της επικοινωνίας που αναπτύσσουν μαζί του και να μπορούν να χρησιμοποιούν το λόγο σαν θεραπευτικό και ανακουφιστικό μέσο.Καθώς τα τελευταία χρόνια οι δεξιότητες διαπροσωπικής επικοινωνίας αποκτούν ολοένα και μεγαλύτερη σπουδαιότητα στη νοσηλευτική εκπαίδευση,οι νοσηλευτές,οι επαγγελματίες και σπουδαστές,ανακαλύπτουν ολοένα και περισσότερα στοιχεία για την τέχνη της επικοινωνίας,τη συμβουλευτική,τη δυναμική της ομάδας και άλλους όρους.Απότοκος αυτής της εκπαιδευτικής διαδικασίας είναι η συνειδητή χρήση του θεραπευτικού διαλόγου απο τους νοσηλευτές κατα την άσκηση των επαγγελματικών τους δραστηριοτήτων.

Ο συμβουλευτικός ρόλος των νοσηλευτών δεν είναι και το νέο, όμως η πρόσφατη έμφαση στη συμβουλευτική και έχει αυξήσει γενικότερα το ενδιαφέρον των νοσηλευτών στον τομέα αυτό. (Bor R. , 1991)

Οι νοσηλευτές έχουν εμπλακεί και δραστηριοποιηθεί στη συμβουλευτική του AIDS εξαιτίας των θέσεων που κατέχουν στο όλο σύστημα παροχής φροντίδας. Οι νοσηλευτές παρέχουν φροντίδες σε ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο. Η ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης με τους νοσηλευόμενους ασθενείς προκύπτει από το χρόνο που διαθέτουν οι νοσηλευτές ασχολούμενοι με τον άρρωστο , προκειμένου να του παρέχουν τις απαιτούμενες φροντίδες , αλλά και επειδή η νοσηλευτική σαν έκφραση φροντίδας εμπεριέχει την διαπροσωπική σχέση μεταξύ νοσηλευτή – ασθενούς. Επίσης οι νοσηλευτές απασχολούνται σε διάφορες κοινοτικές υπηρεσίες υγείας όπου παρέχουν υπηρεσίες σε διάφορες κατηγορίες ανθρώπων συμπεριλαμβανομένων και των AIDS / HIV ασθενών. Όμως στην κοινότητα δεν είναι μόνο τα HIV / AIDS άτομα που χρειάζονται φροντίδες , γιατί η ανησυχία και ο φόβος καταλαμβάνει πολλές φορές και υγιή άτομα , μόνο από την υποψία ότι πιθανόν να έχουν μολυνθεί από τον HIV.

Έτσι υπάρχει και μια κατηγορία υγιών ατόμων που χρειάζονται φροντίδες. Τα υγιή άτομα που έχουν ανησυχίες σχετικά με τη πιθανότητα να έχουν μολυνθεί από τον HIV εμφανίζουν έντονη ανησυχία, ψυχοσωματικά σύνδρομα ή διακατέχονται από φοβίες σχετικά με την πιθανή νόσηση από AIDS χαρακτηρίζονται στη διεθνή βιβλιογραφία με τον όρο «Worried Well». Τα άτομα αυτά συνήθως δεν απευθύνονται για βοήθεια σε εξειδικευμένους επιστήμονες π.χ. ψυχολόγους , ψυχιάτρους αλλά στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας , είτε στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε υπηρεσίες πρόληψης και καταπολέμησης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Burnard P. , 1985). Έτσι οι νοσηλευτές που εργάζονται στις υπηρεσίες αυτές χειρίζονται πρωτογενώς αυτή την κατηγορία ανθρώπων.

Οι νοσηλευτές είναι επαγγελματίες υγείας που έχουν εφοδιαστεί με ειδική εκπαίδευση προκειμένου να είναι σε θέση να ανταποκρίνονται στις σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών που φροντίζουν. Οι νοσηλευτές , όπως το έχουν πράξει για πολλές κατηγορίες ασθενών και επιδημιών έτσι και για τους ασθενείς με AIDS μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική στήριξη των ανθρώπων αυτών μέχρι τα τελικά στάδια της ασθένειας. Η συμβουλευτική και οι συμβουλευτικές δεξιότητες αποτελούν τμήμα της εργασίας των νοσηλευτών και εφαρμόζονται ευρύτατα σε διάφορους τομείς άσκησης νοσηλευτικού έργου. (Tschudin V. , 1981). Οι νοσηλευτές δηλαδή εκπληρώνουν και ένα συμβουλευτικό ρόλο στα πλαίσια άσκησης νοσηλευτικού έργου. Ακόμα οι νοσηλευτές λειτουργούν σαν αποκλειστικοί σύμβουλοι υπο ορισμένες προϋποθέσεις.

Μια απαραίτητη προϋπόθεση είναι βεβαίως η κατάλληλη εκπαίδευση των νοσηλευτών , η οποία θα τους δώσει την δυνατότητα να αισθανθούν οι ίδιοι πιο ασφαλείς – σίγουροι στην ανάληψη της συμβουλευτικής δραστηριότητας.

5.5.2 Συμβουλευτικές δεξιότητες –τεχνικές

Σύμφωνα με τους Bor και Burnard τα βασικά βήματα ενός νοσηλευτή σε σχέση με τη συμβουλευτική παρέμβαση σε AIDS/HIV ασθενείς και το περιβάλλον τους είναι τα εξής:

1. Ανοίξτε συζήτηση με τον ασθενή με ενθάρυνση του ασθενούς να μιλά για τα ζητήματα που τον απασχολούν και τα προβλήματά του.

2. Παρέχετε στον ασθενή την αίσθηση και βεβαιότητα ότι τον ακούτε και προσέχετε τη συζήτηση
3. Προσδιορίστε τα προβλήματα
4. Αξιολογήστε τα προβλήματα
5. Ιεραρχήστε τα προβλήματα κατά σειρά σοβαρότητας , αναλάβετε την ευθύνη συμβουλευτικής για εκείνα που εμπίπτουν στην αρμοδιότητα και τις δυνατότητές σας , κάντε τις απαραίτητες παραπομπές όπου αυτό είναι αναγκαίο.
6. Παρέχετε πληροφορίες και εφαρμόστε αγωγή υγείας.
7. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει διαθέσιμο χρόνο κατά την εκτέλεση των κλινικών και συμβουλευτικών του καθηκόντων για να δέχεται συμβουλευτική επίβλεψη από αρμόδιο επιβλέποντα σύμβουλο.

Η ακρόαση ενός ανθρώπου μπορεί από μόνη της να είναι θεραπευτική. Ο θεραπευτικός διάλογος πρέπει να βοηθά τον ασθενή να αισθάνεται ότι ο νοσηλευτής διαθέτει μια σειρά από θετικές ιδιότητες όπως αμεσότητα , λεπτότητα στους χειρισμούς και ευαισθησία. Κατά τον Burnard για την ανάπτυξη της ικανότητας χρήσης του θεραπευτικού διαλόγου απαιτούνται 4 προϋποθέσεις :

1. Έμφαση στο εδώ και τώρα
2. Επικέντρωση στα συναισθήματα
3. Η ανάπτυξη από μέρος του νοσηλευτή κατανόησης.
4. Ο άνθρωπος πρέπει να παραμείνει το σημείο εστιασμού της όλης συζήτησης. Είναι χρήσιμο για τους νοσηλευτές που παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες να έχουν πάντοτε υπόψη τους ότι δεν πρέπει να κάνουν υποθέσεις σχετικά με τα θέματα που ανησυχούν και απασχολούν τα HIV / AIDS άτομα , ούτε να κάνουν υποθέσεις για τις γνώσεις που έχουν τα άτομα αυτά σχετικά με τον τρόπο μετάδοσης του HIV και τη συμπτωματολογία της νόσου. Είναι καλύτερα η συμβουλευτική σχέση να αρχίζει με ερωτήσεις προς τους συμβουλευόμενους σχετικά με το τι ξέρουν για το AIDS. Η υποβολή υποθετικών ερωτήσεων βοηθά τα άτομα να εκφραστούν πάνω σε δύσκολα θέματα. Το AIDS και η αβεβαιότητα για την εξέλιξή του προξενούν ανησυχία στους ασθενείς. Η σκέψη των επακόλουθων της ασθένειας , σε σωματικό , κοινωνικό , ψυχολογικό επίπεδο είναι πολλές φορές ένα δυσβάστακτο βάρος. Η συμβουλευτική μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να εντοπίσουν περιοχές όπου μπορούν να ληφθούν πρακτικά μέτρα για την αντιμετώπιση προβλημάτων πριν αυτά εμφανιστούν. Η προσέγγιση αυτή βοηθά τους ασθενείς να έχουν την αίσθηση ότι μπορούν να ελέγξουν σε μεγάλο βαθμό την όλη κατάσταση. Πολλές φορές εκδηλώνεται από τους ασθενείς μια γενική ανησυχία χωρίς να προσδιορίζονται οι ιδιαίτερες περιοχές από όπου αυτή πηγάζει.

Η συμβουλευτική στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να βοηθήσει το άτομο να προσδιορίσει τις ρίζες της ανησυχίας του και να περιγράψει συμπεριφορές.

Η Tshudin υποστηρίζει ότι υπάρχουν 4 ερωτήσεις – κλειδιά που μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά τόσο τον συμβουλευόμενο όσο και τον επαγγελματία υγείας που χρησιμοποιεί συμβουλευτικές δεξιότητες. Οι ερωτήσεις αυτές είναι :

1. Τι σας συμβαίνει;
2. Τι σημαίνει αυτό για σας ;
3. Ποιός είναι ο στόχος σας ;
4. Τι κάνετε για αυτό ;

Η ερώτηση «Τι σας συμβαίνει» είναι ίσως μια από τις πιο χρήσιμες ερωτήσεις γιατί βοηθά να αρχίσει μια συμβουλευτική συνέντευξη , αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε οποιοδήποτε σημείο της συνέντευξης για να ξεκαθαρίσει μια δεδομένη κατάσταση. Σαν παράδειγμα όταν ένας ασθενής ρωτά «Θα πεθάνω;» η ανταπόκριση σε αυτή την ερώτηση μπορεί να είναι «Τι ακριβώς σας συμβαίνει; , Τι αισθάνεστε που σας κάνει να υποβάλλετε αυτή την ερώτηση ;»

Η απάντηση με αυτή την ερώτηση αντι για ένα ξερό ναι δίνει στον συμβουλευόμενο την δυνατότητα να εργασθεί πάνω στον ευατό του και να κυλήσει πιο ομαλά η συμβουλευτική συνέντευξη. Η συμβουλευτική και η φροντίδα είναι επικεντρωμένη στο να κατευθύνει κάποιο στόχο και όχι στο να δίνει έτοιμες λύσεις.

Ένα από τα πρώτα βήματα της συμβουλευτικής σχέσης είναι να προσδιοριστούν σε συνεργασία με τον συμβουλευόμενο τα προβλήματα για τα οποία μπορεί να βρεθεί λύση αλλά και τα προβλήματα για τα οποία δεν υπάρχει μεν οριστική λύση, μπορούν όμως να αντιμετωπιστούν καλύτερα όταν τεθούν ρεαλιστικοί στόχοι. Όταν ένα πρόβλημα έχει ξεκαθαρίσει και συγκεκριμενοποιηθεί, τότε έρχεται το στάδιο της κατανόησης του τι ακριβώς έχει προσδιοριστεί σχετικά με αυτό. Εδώ είναι το σημείο που αρχίζει η εργασία με τα συναισθήματα. Τα συναισθήματα είναι μερικές φορές τόσο ισχυρά που το άτομο τα αρνείται γιατί δεν μπορεί να τα αποδεχθεί. Η στρατηγική σε αυτή την φάση από την πλευρά του συμβουλευόμενου είναι να τα αγνοεί ή να τα αποδίδει σε κάποιον άλλο. Ο ασθενής μπορεί να βοηθηθεί προς τη κατεύθυνση του να δει π.χ. ότι ο θυμός είναι μέσα του, να αποδεχθεί αυτή την πραγματικότητα και να αναλάβει την ευθύνη των συναισθημάτων του εργαζόμενος με αυτά. Η θέσπιση ρεαλιστικών στόχων είναι σημαντική τόσο για τον επαγγελματία υγείας όσο και για τον ασθενή. Με την ερώτηση «Ποιός είναι ο στόχος σας» είναι ευκολότερο για τον ασθενή να αναγνωρίσει τον πιθανό στόχο. Όμως και μετά την αναγνώριση του στόχου ο φόβος της μικρής ή της πολλής μεγάλης πρόωρης προόδου, μπορεί να προκαλέσει σύγχυση. Στις περιπτώσεις αυτές η ερώτηση «Τι συμβαίνει» βοηθά στο ξεκαθάρισμα της πραγματικής κατάστασης. Η διεκπεραίωση της διαδικασίας της επίτευξης του στόχου μπορεί να είναι μια μακροχρόνια διαδικασία. Μερικές φορές η δυσκολία στην συνέχιση φέρνει απογοήτευση ειδικά όταν τα αποτελέσματα δεν είναι άμεσα ορατά.

Η ακρόαση είναι βασικό στοιχείο για προσφορά βοήθειας στα πλαίσια γενικά της φροντίδας και ειδικότερα της συμβουλευτικής. Όμως οι νοσηλευτές πρέπει να μάθουν την ακρόαση. Η ενεργητική ακρόαση σημαίνει επικέντρωση της προσοχής τόσο στα λεκτικά όσο και στα μη λεκτικά μηνύματα. Ο λόγος που είναι τόσο δύσκολη η ακρόαση είναι γιατί οι περισσότεροι από εμάς δεν ακούμε πραγματικά το τι λέει το άλλο άτομο αλλά επιδιώκουμε ανήσυχοι να βρούμε την ευκαιρία να μιλήσουμε για ικανότητας για ακρόαση των συναισθημάτων είναι ίσως από τα πιο σημαντικά στοιχεία στην ανάπτυξη δεξιοτήτων ακρόασης. Ακρόαση σημαίνει ακούω το άλλο άτομο με τέτοιο τρόπο ώστε αυτό να βοηθηθεί να βρει τις λύσεις που ταιριάζουν στο πρόβλημα του οποιεσδήποτε και αν είναι αυτές.

Ακόμα ενεργητική ακρόαση σημαίνει και κατάλληλη ανταπόκριση. Ανταπόκριση δεν σημαίνει δίνω πάντοτε απάντηση αλλά αφήνω χρόνο να διερευνήσει το άτομο τι ακριβώς αισθάνεται και τι τον προβληματίζει. Η παράφραση των λεγομένων του ατόμου, η έκφρασή τους με άλλες λέξεις, είναι μια τεχνική που ενδυναμώνει το συμβουλευόμενο άτομο να συνεχίσει να μιλά για το ζήτημα που το απασχολεί και όταν ακόμα συναντά εσωτερικές δυσκολίες να συνεχίσει προς αυτή την κατεύθυνση. Η ανακεφαλαίωση από την πλευρά του συμβουλευτή, είναι επίσης μια σημαντική διαδικασία γιατί μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ποικίλες περιπτώσεις όπως για να κλείσει τη συζήτηση πάνω σε ένα θέμα, να προσδιορίσει τι έχει λεχθεί και τι αφέθηκε να εννοηθεί, για να δοθεί μια πληρέστερη εικόνα της όλης κατάστασης (Tschudin V., 1987).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι το AIDS μας αφορά όλους ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, ή την σεξουαλική προτίμηση. Ο αγώνας όμως θα πρέπει να ενταθεί και να συνεχιστεί στον χώρο της πρόληψης και της επιδημιολογικής επιτήρησης. Τα κύρια σημεία στα οποία πρέπει να εστιαστούν οι προσπάθειες της πολιτείας είναι τα ακόλουθα:

- Αύξηση του βαθμού επαγρύπνησης και της συμμετοχής του γενικού πληθυσμού με την δημιουργία υλικού για την αρτιότερη παροχή σωστής πληροφόρησης και την διοργάνωση μεγάλων εκστρατειών ενημέρωσης.
- Αύξηση εθελοντικής συμβουλευτικής καθοδήγησης και διαγνωστικού ελέγχου.
- Ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης και αγωγής υγείας και αλλαγής συμπεριφοράς για τα εκδιδόμενα άτομα.
- Ασφάλεια μεταγγίσεων και των μεταμοσχεύσεων ιστών, κυττάρων και οργάνων.
- Προώθηση προγραμμάτων για την αποτροπή της επαγγελματικής έκθεσης σε αιματογενή παράγοντα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εικοσιέξι χρόνια πέρασαν απο τότε που μπήκε στην ζωή μας το AIDS. Στο διάστημα αυτο χιλιάδες ήταν τα θύματα του ιού ενώ ταυτόχρονα έγιναν αλματώδη βήματα για την αντιμετώπιση της λοίμωξης. Ένα σημαντικό βήμα έγινε στον τομέα της διάγνωσης της λοίμωξης με την ανακάλυψη του PCR (Polymerate Chain Reaction) test που ανιχνεύει το DNA του ιού μέσα σε τέσσερις εβδομάδες μετά την προσβολή.

Στον τομέα της φαρμακευτικής θεραπείας με τις υπάρχουσες δυνατότητες το AIDS έχει γίνει μια χρόνια νόσος όπως π.χ ο σακχαρώδης διαβήτης ή η υπέρταση, στην οποία ο ασθενείς είναι σε πολύ καλή κατάσταση όσο παίρνει τα φαρμακά του.

Ωστόσο παραμένει πάντα μολυσματικός για αυτό η προφύλαξη απέναντι στη μόλυνση από τον HIV παραμένει πάντα ο κύριος τρόπος αντιμετώπισης της σοβαρής αυτής ασθένειας.

Τα επιδημιολογικά στοιχεία για την εξάπλωση της νόσου στη χώρα μας σύμφωνα με το κέντρο ελέγχου ειδικών λοιμώξεων μέχρι και τις (31 Οκτωμβρίου 2006), έχουν ως εξής: Ο συνολικός αριθμός των HIV οροθετικών ατόμων (συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων AIDS, ανέρχεται σε 8.080. Απο αυτά τα 6.456 (79,9%) ήταν άνδρες, τα 1.574 (19,7%) γυναίκες ενώ για ένα μικρό ποσοστό, το φύλλο δεν δηλώθηκε.

Η επιδημία του AIDS αποτέλεσε μια πρόκληση για την νοσηλευτική, γιατί οι νοσηλευτές συνειδητοποίησαν την αναγκαιότητα να χρησιμοποιούν μια ευρύτερη γκάμα νοσηλευτικών παρεμβάσεων σαν μέσω βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας στα AIDS/HIV άτομα.

Συμπερασματικά, καταλήγουμε στο εξής: η νόσος του AIDS είναι μια παγκόσμια πραγματικότητα, μια απειλή που ωστόσο μπορεί να αντιμετωπιστεί αρκεί να υπάρχει συμμετοχή και προσφορά απο όλους. Η Νοσηλευτική μπορεί να σταθεί βράχος και αρωγός, μπορεί να ανοίξει διόδους, να χαράξει λύσεις. Άλλωστε, η ιστορία της βασίστηκε στο πνεύμα του ηρωισμού και της θυσίας. Τι και αν δεν βρέθηκε ακόμα το φάρμακο; Ελπίδα μπορούμε να γίνουμε εμείς οι ίδιοι οι νοσηλευτές, αγκαλιάζοντας και προσφέροντας με αγάπη τις υπηρεσίες μας στον ασθενή με AIDS.

SUMMARY

Twenty-six years have past since AIDS came into our lives. Which thousands were the victims of the virus. Meanwhile huge steps were made to battle the disease such as the discovery of PCR (Polymarate Chain Reaction) test which tracks the DNA of the virus in four weeks after the infection.

AIDS has become a desease such as diabetis or high blood pressure,in which the patient is in very good condition as long as he takes his medicines.Prevention against the infection of HIV always remains the main way against this serious desease since the patient is always a carrier of the disease.

According to the CDC up dates, the total number of the HIV positive persons (including AIDS cases) is 8.080, (6.456(79,9%) were men and 1.574(19,7%)were women).There was a small percent were the sex was not recorded.

The pandemic of AIDS was a challenge for nurces because they realized the necessity to use their knowledge in a way to improve the care of the HIV infected persons.

In conclusion,the HIV infection is a global reality,a threat that can be beated.Everyone could offer their help and experience against the disease.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αρμελινού Μ., Κατωπόδη Α. , Δετοράκης Γ. (1999).AIDS , Π.Ε. , Νοσηλευτική Παρέμβαση , ΑΤΕΙ ,Πάτρα,σελ. 62-72

Balasegaram M. (2001).AIDS : The worst yet to come.BBC News on line June 4th

Balter M. (1998) , Virus from 1959 sample marks early years of HIV Science, pp: 44-51

Bayne R. , Nicolson , P. , (1993).Counselling and phsycology for health professionals , Chapman and hall , London.

Beardsell S. , (1994).Should wider HIV testing be encouraged on the grounds of HIV prevention ?AIDS care , pp: 5-19

Beil L. , (1999).Tracing origins of AIDS raises new questions.Study of HIV ‘s history could offer look at the future.The Dallas morning news , Feb 22

Blumenfield M. , et al , (1987).Survey of attitudes of nurses working with AIDS patients.General hospital Psychiatry , pp: 58-63

Βογιατζάκης Ε. , (1995).Άρθρο Σύνταξης.Ελληνικά αρχεία AIDS.

Bor R. , (1991).The ABC of AIDS counselling.Nursing times , pp: 32-35

British Assosiation of counselling , (1984).Code of ethics , Bac , Rugby

Burnard P. , (1985).Learning human skills , a guide for nurses , Heinman , London

Burnard P. , (1992).Counselling , A guide to practice in nursing , Butterworth , London

Burnard P. , (1993).The phsycological needs of people ith HIV and AIDS , A view from nurse educators and counsellors , Journal of advanced Nursing , pp: 177-178

Capy A. , (1995).Preparation for professional practice.What do we need?Nursing Clinics of N.America , pp: 341-351

Γεωργούλιας Β. , (1989).Διάγνωση της μόλυνσης.Στο HIV – AIDS .Ιός της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας.Υπο επιτροπή εκπαίδευσης της Εθνικής επιτροπής AIDS.Εθνική φαρμακοβιομηχανία Α.Ε. , Αθήνα , σελ: 75-85

Γιαννοπούλου Α. (2001).Το ηθικό δίλημμα του AIDS.Διλήμματα και προβληματισμοί στην σύγχρονη νοσηλευτική.Έκδοση 4^η βελτιωμένη , Ταβίθα , Αθήνα , σελ: 163 – 171.

Δαρλαβέσης Θ., (1999).Επιδημιολογία του συνδρόμου της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (ΣΕΑΑ) , Ελληνικά αρχεία AIDS..Απρίλιος – Ιούνιος , σελ: 84 – 102

Δημητρόπουλος Ε. ,(1999).Συμβουλευτική και Συμβουλευτική – Ψυχολογία.Γρηγόρη , Αθήνα.

FDA . HIV / AIDS .Historical Time Line , (1981 – 1990).Available at www.fda.gov/oashi/aids/miles 81

FHSA , (1991).HIV and AIDS.A guide to seVICES for people.In Lambeth Lewisham and southwalk , London

Friedman S. R. , Jarlais Don C.and Goldsmith D.S. , (1989).An overview of AIDS prevention effortsaimed at intravenous drug users.The jprnal of drug issues, pp: 93-112

Froland S.S. , Jenum P. , Lindboe C.F. , Wefring K.W , Linnestad P.J , Bohmer T. (1988).HIV-1 infection in Norwegian family before (1970).Lancet , issue , pp: 1344-5

Garret L. , (2000).AIDS virus traced to 1675.Newspday , july 11

Garry R.F., Witte M.H.,Gottlieb A.A. , Elvin-Lewis M. , Gottlieb,M.S. Witte C.L. , Alexander S.S. , Cole W.R. and Drake W.L.Jr , (1998).Documentation on an AIDS virus infection in the United States in 1969 , Jama (The journal of American Medical Assotiation) , pp: 2085

Hutchinson M. , (2001).AIDS 20 years on.BBC News on line June 4th

Ινστιτούτο Παστέρ (1998).AIDS.Τα δεδομένα , οι προσδοκίες.Dorris :Edition 21

Καλοταιράκης Α. , (1989).AIDS :Θεραπευτική αντιμετώπιση , νοσηλευτικά προβλήματα.Στο HIV-AIDS, Ιος της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας , Υποεπιτροπή της Εθνικής Επιτροπής AIDS , Εθνική φαρμακοβιομηχανία Α.Ε. Αθήνα σελ: 115 – 127

ΚΕΕΛ (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων) , Επιτροπή Υποστήριξης και Νομικών Προβλημάτων , Επιτροπή Ενημέρωσης , (1995).Θεμελιώδεις αρχές για την προστασία Ανθρώπινων Δικαιωμάτων και Ατομικών Ελευθεριών σε σχέση με το AIDS.ΚΕΕΛ , Υπουργείο Υγείας , Αθήνα

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (2005).Πρόσβαση στο δικτυακό τόπο : www.keelpno.gr

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (2006).Δελτιο επιδημιολογικής επιτήρησης της HIV λοίμωξης στην Ελλάδα ,τεύχος 21 , Αθήνα , πρόσβαση στο δικτυακό τόπο : www.keelpno.gr

Κιόρτσης Β. και Παπασπυλιόπουλος Π.Ι. (1997).Ιώσεις :εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος – Λαρούς , Μπριτάνικα , 31 , Αθήνα , Πάπυρος , σελ: 85 – 92

Κορνάρου Ε. , Γείτονα Μ. , Ρουμελιώτου Α. , (1994).Εναλλακτικές μορφές περίθαλψης των HIV θετικών ατόμων ,Η διεθνής και Ελληνική εμπειρία.Ελληνικά Αρχεία AIDS , σελ: 154 – 162

Κουκίου Κ. , Μπροκαλάκη Η. , (1992). Εφαρμογή και νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με εμφυτευόμενες συσκευές μόνιμης φλεβικής επικοινωνίας.Πρακτικά 19^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου ΕΣΔΝΕ

Joint United Nations Programm on HIV / AIDS (UNAIDS) , (2004).World Health Organization (WHO) .AIDS epidemic update , Geneva.

Jones A. , (1990).Empathy in the counselling process.Nursing standard , pp: 53-55

Λαζανάς Μ. , (2002). World AIDS Days , Ιατρικά , December

Λελέκης Μ. , (2002). AIDS “Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ”.Τι προσφέρουν τα ειδικά φάρμακα, περιοδικό “ Ιατρικά”.

Korber B. , Muldom M. , Theiler J et al , (2000). Timing the ancestor of the HIV pandemic strains..Science , pp: 1789-96

McLeod J, (1993).An introduction to counselling.Open University Press,Buckingham-Philadelphia

Miller R. and Bor R. , (1991). AIDS.A guide of clinical counselling.Ed.Dilley J.W. London : Science press Ltd.

Minaric P. , (1997) .The psychiatric liaison nurse role with families in acute care.Nursing clinics of North America ,pp:161-172.

NIAD (National Institute of Allergy and Infections Diseases) (1998).How HIV causes AIDS.Ενημερωτικό φυλλάδιο της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας των Η.Π.Α.

NIAD (National Institute of Allergy and Infections Diseases) (1999).HIV Infection and AIDS. Ενημερωτικό φυλλάδιο της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας των Η.Π.Α.

NIAD (2005). : Web site at <http://www.niad.nih.gov>

Παπαευαγγέλου Γ. , Καλλίνικος Γ. (1986).AIDS Διεθνή Επιστημονικά Δεδομένα .Ελληνική Εμπορία , Λίτσας

Παπαευαγγέλου Γ. , (1989).Πρόληψη – αντιμετώπιση του AIDS.Στο AIDS-HIV , Ιος της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας.Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS.Αθήνα : Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε.

Παπαευαγγέλου Γ. , Richardson C.S. , Κορκόντζελου Ε. , Παπουτσάκης Γ , και Κρεμαστινού Τζ., (1995).Μέτρα πρόληψης του AIDS στους τοξικομανείς της Ευρωπαϊκής Ένωσης.Ελληνικά αρχεία AIDS , Απρίλιος – Ιούνιος , σελ: 142-145

ΠΟΥ (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) και εθνικό κέντρο αναφοράς AIDS (1991β).Πρόληψη της σεξουαλικής μετάδοσης του ιού της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας.Αθήνα : ΒΗΤΑ medical arts

Σαπουντζή Δ. (1991).Αποκατάσταση ατόμων με μετατραυματική παραπληγία.Διερεύνηση παραγόντων που επηρεάζουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.Διδακτωρική Διατριβή Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σαρόγλου Γ. Λιόνη Α. Ποταμούση Π. Και συν.(1999).AIDS/HIV.Κλινική προσέγγιση και θεραπεία.Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

Σαχίνη Άννα , Μαρία Πάνου, (1997). Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική,Νοσηλευτικές Διαδικασίες , Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

Stenberg S., (2001). Closer to AIDS vaccine?20 prototypes are in trials ; researches fell they 'll beat the virus. U.S.A. Today, May

Taylor , S.T, (1995).Health Psychology.New York:Mcgraw-Hill,Ink

Tschudin V. , (1981).A question of mind over matter? , Nursing times,pp: 426-426

Tschudin V. , (1987).Counselling skills for nursers , Baillie , Tindall , London

Volderding PA. , Baker KR. , Levine AM. (2003).Human immunodeficiency virus hematology.Hematology Educ.Programme , pp :224-313

www.hiv/aids.gr

www.focusmag.gr

www.eurocharity.org

www.skai.gr

Williams G. , Stretton TB. and Leonard J.C. (1983).Aids in 1959?Lancet issue : 1136

Young E. W. (1988).Nurse's attitudes toward homosexuality.Analysis of continuing education in nursing , pp :19-20

Yusim K. , Deeters M. , Pybus O et al.(2001).Using human immunodeficiency virus type1 sequencies to infer historical features of the acquired immune deficiency syndrome epidemic and human immunodeficiency virus evolution.Phil.Trans R. Soc Lond, pp :855 – 866

Zhu T. , Korber B. and Nahinias A. (1998).An African HIV -1 sequence from 1955 and implications for the origins of the epidemic.Nature May 2 , pp : 594

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

.....Όταν νοσηλεύτηκα για πρώτη φορά, το έμαθαν-αναγκαστικά-οι γονείς μου. Δεν περίμενα οργή και απόρριψη, αλλά ούτε και την ολοκληρωτική συμπαράσταση τους σ' αυτό που είχε γίνει πλέον «οικογενειακό μας πρόβλημα».

Πλησιάσαμε ο ένας τον άλλον με μια διαφορετική οικειότητα, μοιραστήκαμε ξενύχτια, δάκρυα, ελπίδες. Ξαναβρήκα την ασφάλεια των παιδικών μου χρόνων και την παρηγοριά που μόνο το μητρικό χάδι ξέρει να δίνει.

Τέτοιες στιγμές νιώθω ότι «εκείνο» μπορεί να νικηθεί...

Πέρασα πολυ καιρό σε δωμάτια νοσοκομείων και έμαθα ότι το φαγητό τους είναι άνοστο,

Ίσως γιατί η ουσία βρίσκεται στο ενδιαφέρον των γιατρών που έχουν ταχθεί σε έναν αγώνα δύσκολα και στην ακούραστη προσπάθεια του νοσηλευτικού προσωπικού που νικάει την άγνοιά τους με ανθρωπια.

Γνώρισα αρκετούς φορείς και ασθενείς και είδα ισάριθμους τρόπους επιβίωσης.

Είδα υπερβολική αισιοδοξία και απόλυτη παραίτηση. Είδα ζευγάρια ενωμένα όσο ποτέ και μοναξιάς πιο τρομερές από τον ιο που τις προκάλεσε.

Είδα την συμπόνοια, το χιούμορ, την ελπίδα.....είδα τον θάνατο.

Το «διπλανό κρεβάτι» δεν μπόρεσε να αντέξει το βάρος άλλης μιας μέρας.

Έφυγε πριν ξημερώσει...

Ασθενής X
www.keelpno.gr



www.hiv/aids.gr

